

BS. VƯƠNG THỊ NGỌC LAN - BS. HỒ MẠNH TƯỜNG

(Chủ biên)

ƯƠM MÂM HẠNH PHÚC



NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC



Tái bản lần thứ nhất có chỉnh sửa và bổ sung

NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP TP. HỒ CHÍ MINH
HOAN NGHÊNH BẠN ĐỌC GÓP Ý PHÊ BÌNH



w w w . n x b h c m . c o m . v n

BS. VUONG THỊ NGỌC LAN - BS. HỒ MẠNH TƯỜNG

Chủ biên

ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC

Sách dành cho các cặp vợ chồng mong con



NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

CÁC TÁC GIẢ

ThS. BS. Vương Thị Ngọc Lan

Thạc sĩ Phôi học lâm sàng (Singapore)

Bác sĩ nội trú Sản Phụ khoa

(ĐHYD TPHCM)

Tu nghiệp Pháp

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

Thạc sĩ Phôi học lâm sàng

(Singapore)

Tu nghiệp Pháp

ThS. BS. Đặng Quang Vinh

Thạc sĩ Phôi học lâm sàng (Singapore)

Tu nghiệp Australia

ThS. BS. Giang Huỳnh Như

Thạc sĩ Phôi học lâm sàng

(Australia)

Chuyên khoa Hỗ trợ sinh sản

BS. Phùng Huy Tuân

Chuyên khoa Hỗ trợ sinh sản

Tu nghiệp Singapore

BS. Vũ Nhật Khang

Chuyên khoa Phụ Sản

Chuyên khoa Hỗ trợ sinh sản

Tu nghiệp Pháp

BS. Lê Tiểu My

Chuyên khoa Phụ Sản

Chuyên khoa Hỗ trợ sinh sản

Tu nghiệp Singapore

BS. Nguyễn Khánh Linh

Chuyên khoa Hỗ trợ sinh sản

Tu nghiệp Pháp

BS. Phan Thị Ngọc Minh

Chuyên khoa Phụ Sản

MỤC LỤC

Lời giới thiệu	7
1. Hiếm muộn – Những điều cần biết BS. Hồ Mạnh Tường	9
2. Cấu tạo cơ quan sinh dục nữ BS. Nguyễn Khánh Linh	17
3. Sinh lý thụ thai BS. Phan Thị Ngọc Minh	23
4. Nguyên nhân hiếm muộn nữ BS. Nguyễn Khánh Linh	29
5. Tắc vòi trứng BS. Giang Huỳnh Như	41
6. Hội chứng buồng trứng đa nang BS. Vương Thị Ngọc Lan	47
7. Lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn BS. Vương Thị Ngọc Lan	59
8. Tuổi phụ nữ và khả năng sinh sản BS. Phùng Huy Tuân	67
9. Nạo phá thai và hiếm muộn BS. Lê Tiểu My	73
10. Nguyên nhân hiếm muộn nam BS. Đặng Quang Vinh	81
11. Giãn tĩnh mạch thừng tinh BS. Vũ Nhật Khang	87

12. Stress và hiếm muộn	95
BS. Giang Huỳnh Như	
13. Khám hiếm muộn cho vợ	101
BS. Giang Huỳnh Như	
14. Khám hiếm muộn cho chồng	109
BS. Giang Huỳnh Như	
15. Giao hợp quanh thời điểm phóng noãn	117
BS. Nguyễn Khánh Linh	
16. Kích thích buồng trứng trong điều trị hiếm muộn	129
BS. Vương Thị Ngọc Lan	
17. Điều trị giảm số lượng và chất lượng tinh trùng ở nam giới	139
BS. Vũ Nhật Khang	
18. Thủ tinh nhân tạo	149
BS. Phùng Huy Tuân	
19. Thủ tinh trong ống nghiệm	155
BS. Phùng Huy Tuân	
20. Phẫu thuật nội soi trong khảo sát và điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng	163
BS. Vương Thị Ngọc Lan	
21. Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản	171
BS. Hồ Mạnh Tường	
22. Các biến chứng của điều trị hiếm muộn	183
BS. Vương Thị Ngọc Lan	
23. Một số vấn đề pháp lý liên quan đến điều trị hiếm muộn ở Việt Nam	197
BS. Đặng Quang Vinh	
24. Những thành tựu mới trong điều trị hiếm muộn ở Việt Nam	203
BS. Hồ Mạnh Tường	

LỜI GIỚI THIỆU

Hiem muộn con là mối quan tâm của rất nhiều cặp vợ chồng. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có khoảng 1/6 các cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản gặp vấn đề về hiếm muộn con. Dựa theo tỉ lệ trên, ở Việt Nam ước tính hiện có gần 1 triệu cặp vợ chồng gặp khó khăn khi mong con. Do đó, hiểu biết về khả năng sinh sản, khám và điều trị hiếm muộn là nhu cầu của rất nhiều cặp vợ chồng ở nước ta.

Các kỹ thuật điều trị hiếm muộn chỉ phát triển mạnh tại Việt Nam trong những năm gần đây, các thông tin về lĩnh vực này chưa đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng. Việc không tiếp cận đầy đủ các thông tin trên ảnh hưởng rất nhiều đến cơ hội có con của nhiều cặp vợ chồng. Đây là một sự thiệt thòi của các cặp vợ chồng ở Việt Nam.

Sau nhiều năm làm việc trong lĩnh vực điều trị hiếm muộn và tiếp xúc với hàng chục nghìn cặp vợ chồng đến khám và điều trị hiếm muộn, nhóm bác sĩ chuyên gia trong lãnh vực này ở Việt Nam đã tổng hợp kiến thức và kinh nghiệm để biên soạn quyển sách tham khảo này nhằm đáp ứng phần nào nhu cầu thông tin cho các cặp vợ chồng đã, đang và sẽ gặp khó khăn khi mong muốn có con.

Sách cung cấp nhiều thông tin cho các cặp vợ chồng mong con, từ những kiến thức cơ bản về sinh sản, sinh lý thụ thai tự



nhiên, các nguyên nhân hiếm muộn ở nam và nữ, các vấn đề liên quan đến hiếm muộn, các qui trình khám và điều trị hiếm muộn, các kỹ thuật điều trị hiếm muộn...

Mong muốn có con và nỗ lực của những người làm mẹ, làm bố tương lai cùng với những cố gắng chia sẻ và giúp đỡ của các bác sĩ, nhân viên y tế cho các cặp vợ chồng có thể được xem như những hành trình để ươm mầm hạnh phúc cho từng gia đình.

CÁC TÁC GIẢ



Hiếm muộn - những điều cần biết



Hiếm muộn - những điều cần biết

BS. Hồ Mạnh Tường

HIẾM MUỘN LÀ GÌ?

Hiếm muộn, theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), là tình trạng một cặp vợ chồng mong muốn có con và sinh hoạt vợ chồng trong 12 tháng, không áp dụng biện pháp tránh thai nào mà vẫn chưa có con được. Hiếm muộn có thể là nguyên phát, nghĩa là cặp vợ chồng chưa từng có thai; hoặc thứ phát, nghĩa là cặp vợ chồng có thể có thai trước đây mà bây giờ không thể có thai lại.

Các thống kê cho thấy, mỗi tháng có hiện tượng phóng noãn và giao hợp bình thường giữa hai vợ chồng trong tuổi sinh sản, khả năng có thai trung bình khoảng 25%. Sau 6 tháng mong con, có khoảng 60-70% các cặp vợ chồng sẽ có thai. Đến 12 tháng sau mong con, có thể có khoảng 80-90% các cặp vợ chồng sẽ có thai. Khoảng 10-15% các cặp vợ chồng sẽ chưa thể có con sau 1 năm cố gắng.

Tổ chức Y tế Thế giới ước tính khoảng 1/6 các cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản có thể gặp vấn đề về hiếm muộn và trên thế giới có hơn 80 triệu cặp vợ chồng có thể bị hiếm muộn trong độ tuổi sinh sản. Mặc dù ở Việt Nam chưa có thống kê nào đầy đủ về tình trạng hiếm muộn, nhưng theo tỉ lệ ước tính trên, chúng ta có gần 1 triệu cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản có vấn đề về hiếm muộn. Con số này cho thấy đây là một vấn đề lớn về y tế cũng như về xã hội, khi mà ở Việt Nam, việc sinh con đóng một vai trò rất quan trọng cho hạnh phúc và sự tồn tại của nhiều gia đình.



CÓ PHẢI HIẾM MUỘN NGÀY CÀNG TĂNG?

Các nguyên nhân thường gặp của hiếm muộn ở nam và nữ có thể kể ra là do vợ như: viêm nhiễm đường sinh dục, tắc vòi trứng, bất thường rụng trứng; hoặc do chồng như: bất thường về số lượng - chất lượng tinh trùng và bất thường xuất tinh...

Tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục nữ là khá cao ở Việt Nam. Tình trạng này có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau từ môi trường, điều kiện vệ sinh, tập quán sinh sống. Viêm nhiễm đường sinh dục nữ có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp lên khả năng sinh sản. Một số nghiên cứu cho rằng đa số trường hợp tắc vòi trứng ở Việt Nam là di chứng của nhiễm trùng đường sinh dục.

Tình trạng hiếm muộn được cho rằng đang ngày càng gia tăng trên thế giới, đặc biệt ở các nước phát triển. Số trường hợp thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON), theo thống kê của các hiệp hội chuyên ngành, đều gia tăng ở hầu hết các khu vực trên thế giới. Tốc độ gia tăng số trường hợp TTTON trên thế giới vào khoảng 5-10%.

Các nguyên nhân chính làm tăng tình trạng hiếm muộn được đưa ra bao gồm: tuổi mong muốn có con của phụ nữ ngày càng trễ, áp lực công việc và lối sống hiện đại, tình trạng ô nhiễm môi trường, tỉ lệ vô sinh nam do bất thường tinh trùng ngày càng tăng.

Tuổi mong muốn có con của phụ nữ ngày càng tăng là một thực tế ở Việt Nam hiện nay. Nếu thế hệ trước đây, đa số phụ nữ thường sinh con trong độ tuổi trên dưới 20, thì hiện nay số người sinh con vào độ tuổi sau 30 ngày càng tăng. Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản cần biết rằng sau 30 tuổi, khả năng sinh sản của phụ nữ bắt đầu giảm dần. Khả năng sinh sản sẽ tiếp tục giảm nhanh hơn nếu phụ nữ lớn hơn 35 tuổi. Đối với phụ nữ sau 40 tuổi, khả năng có thai còn lại rất thấp và một tỉ lệ lớn phụ nữ sau 40 tuổi không còn khả năng có thai tự nhiên.



Ở Việt Nam hiện nay, người phụ nữ ngày càng tham gia nhiều vào công việc xã hội. Ngày càng có nhiều phụ nữ ưu tiên thời gian cho việc học tập nâng cao trình độ và thăng tiến trong nghề nghiệp, đặc biệt là ở khu vực thành thị. Do đó, việc lập gia đình muộn hơn và xu hướng trì hoãn việc có thai sau khi lập gia đình ngày càng phổ biến. Nhiều phụ nữ bắt đầu mong muốn có con vào độ tuổi mà khả năng sinh sản đã giảm khá nhiều. Đây là một nguyên nhân phổ biến của tình trạng hiếm muộn hiện nay.

Tình trạng ô nhiễm, chế độ sinh hoạt, ăn uống cũng có thể là các nguyên nhân quan trọng gây hiếm muộn. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng các chất ô nhiễm trong không khí, trong nguồn nước sử dụng có thể làm giảm khả năng sinh sản ở cả nam và nữ. Nhiều hóa chất công nghiệp, xây dựng, thậm chí hóa chất bảo quản thực phẩm cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Thuốc bảo vệ thực vật, thuốc trừ sâu dùng trong nông nghiệp cũng là một nguồn ô nhiễm ảnh hưởng đến khả năng sinh sản.

Áp lực công việc và cuộc sống ở Việt Nam ngày càng tăng đối với các cặp vợ chồng. Chế độ sinh hoạt cũng thay đổi theo lối sống. Đây cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng có thai của các cặp vợ chồng.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN BIẾT KHI KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

(1) Việc khám và điều trị hiếm muộn của một cặp vợ chồng thường mất nhiều thời gian

Nhiều xét nghiệm ở vợ phải thực hiện vào một thời điểm nhất định trong chu kỳ kinh. Điều này khiến người phụ nữ phải đi lại nhiều lần để hoàn tất các xét nghiệm và khảo sát cơ bản. Nhiều khi người phụ nữ phải thực hiện lại hoặc làm thêm một số xét nghiệm và khảo sát sâu hơn để tìm nguyên nhân trước khi điều trị.



Ở nam giới, tinh dịch đồ thường phải được thực hiện nhiều lần trong những khoảng thời gian xa nhau. Nếu tinh dịch đồ bất thường, đôi khi cần phải kiểm tra lại trong quá trình điều trị.

Khả năng thành công của một đợt điều trị hiếm muộn thường không cao, do đó, đa số các cặp vợ chồng phải thực hiện nhiều đợt điều trị mới có thai. Điều trị hiếm muộn thành công đôi khi cần phải có sự kiên trì của cả bệnh nhân và nhân viên y tế.

(2) Nhiều trường hợp sau khi khảo sát vẫn không tìm được nguyên nhân rõ ràng

Khoảng 10-15% trường hợp hiếm muộn, kết quả các xét nghiệm và khảo sát đều trong giới hạn bình thường. Các trường hợp này, thuật ngữ y học gọi là hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân, nghĩa là, với các phương tiện hiện có, chúng ta chưa xác định được nguyên nhân gây hiếm muộn.

(3) Tại sao khả năng thành công của mỗi đợt điều trị thường không cao?

Bình thường mỗi tháng có phóng noãn, giao hợp với tinh trùng bình thường, khả năng có thai của một cặp vợ chồng không quá 25%. Đối với các cặp vợ chồng gặp vấn đề hiếm muộn, khả năng có thai hàng tháng giảm đi rất nhiều, thậm chí là không thể có thai nếu không có sự can thiệp của y học.

Việc điều trị nhằm mục đích phục hồi khả năng có thai của các cặp vợ chồng. Mỗi đợt điều trị tương đương với một lần phóng noãn và quan hệ của một cặp vợ chồng. Do đó, tỉ lệ thành công của một đợt điều trị thường khoảng 20-30%. Tuy nhiên, với các kỹ thuật điều trị hiện đại, hiệu quả cao, tỉ lệ có thai của một đợt điều trị có thể tăng đến 40% hoặc hơn.



Tỉ lệ thành công của một đợt điều trị tuy không cao, nhưng các cặp vợ chồng có thể lặp lại nhiều đợt và tỉ lệ có thai cộng dồn có thể đạt đến 80-90%. Do đó, dù phải lặp lại nhiều lần, hầu hết các cặp vợ chồng sẽ có con nếu kiên trì theo đuổi việc điều trị.

(4) Chi phí điều trị hiếm muộn cao

Hầu hết các phương pháp điều trị hiếm muộn đều sử dụng các nội tiết tố nhập khẩu mà Việt Nam chưa sản xuất được. Giá thành các thuốc này thường khá cao. Ngoài ra, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm cần phải sử dụng thiết bị cao cấp, dụng cụ, hóa chất, môi trường chuyên biệt với tiêu chuẩn rất cao. Do đó các chi phí nhập khẩu, bảo quản, vận hành, sử dụng cũng rất cao.

Ngoài ra, đặc biệt ở kỹ thuật TTON, việc đầu tư các trang thiết bị cao cấp, các qui trình đòi hỏi sự quản lý nghiêm ngặt về chất lượng để đảm bảo an toàn cho tinh trùng, trứng và phôi. Nếu các điều kiện trên không được đảm bảo, tỉ lệ thành công sẽ bị ảnh hưởng rất nhiều. Tất cả các yếu tố trên đều dẫn tới chi phí điều trị cao.

Với nỗ lực hiện nay của các cơ sở y tế ở Việt Nam, chi phí điều trị hiếm muộn của Việt Nam so với thế giới và khu vực vẫn còn rất thấp. Dù vậy, tỉ lệ thành công trong điều trị hiếm muộn ở Việt Nam vẫn đạt được tương đương với khu vực và thế giới.

(5) Kết quả điều trị của hỗ trợ sinh sản

Khác với những kỹ thuật điều trị y khoa khác, sự thành công của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản phụ thuộc khoảng 50% vào chất lượng của các thao tác trên noãn, tinh trùng và phôi. Các bác sĩ lâm sàng dù tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân nhưng thường không tham gia nhiều vào các kỹ thuật này.



Trong nhiều kỹ thuật điều trị hiếm muộn hiện đại, noãn và tinh trùng cần được xử lý và nuôi cấy bên ngoài cơ thể. Hiệu quả của kỹ thuật sinh học đặc biệt này phụ thuộc vào trình độ và kinh nghiệm của các chuyên gia về phôi học và cơ sở vật chất của các trung tâm điều trị hiếm muộn. Xử lý, nuôi cấy noãn, tinh trùng, phôi đóng một vai trò quyết định vào tỉ lệ thành công của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Do đó, ngoài việc chọn bác sĩ lâm sàng nhiều kinh nghiệm để khám và điều trị, các cặp vợ chồng cũng cần chú ý đến trình độ và kinh nghiệm của các chuyên viên phôi học tại các cơ sở điều trị. Các chuyên gia này đóng góp một phần rất quan trọng vào khả năng thành công của điều trị hiếm muộn.

MỘT SỐ LỜI KHUYÊN DÀNH CHO CÁC CẶP VỢ CHỒNG HIẾM MUỘN

Nên đi khám và điều trị sớm nếu sau một năm mong con mà vẫn chưa có thai. Đối với phụ nữ trên 35 tuổi, thời gian trên có thể giảm xuống còn sáu tháng, thay vì một năm.

Sau khi lập gia đình, không nên trì hoãn việc có con nếu người phụ nữ đã trên 30 tuổi.

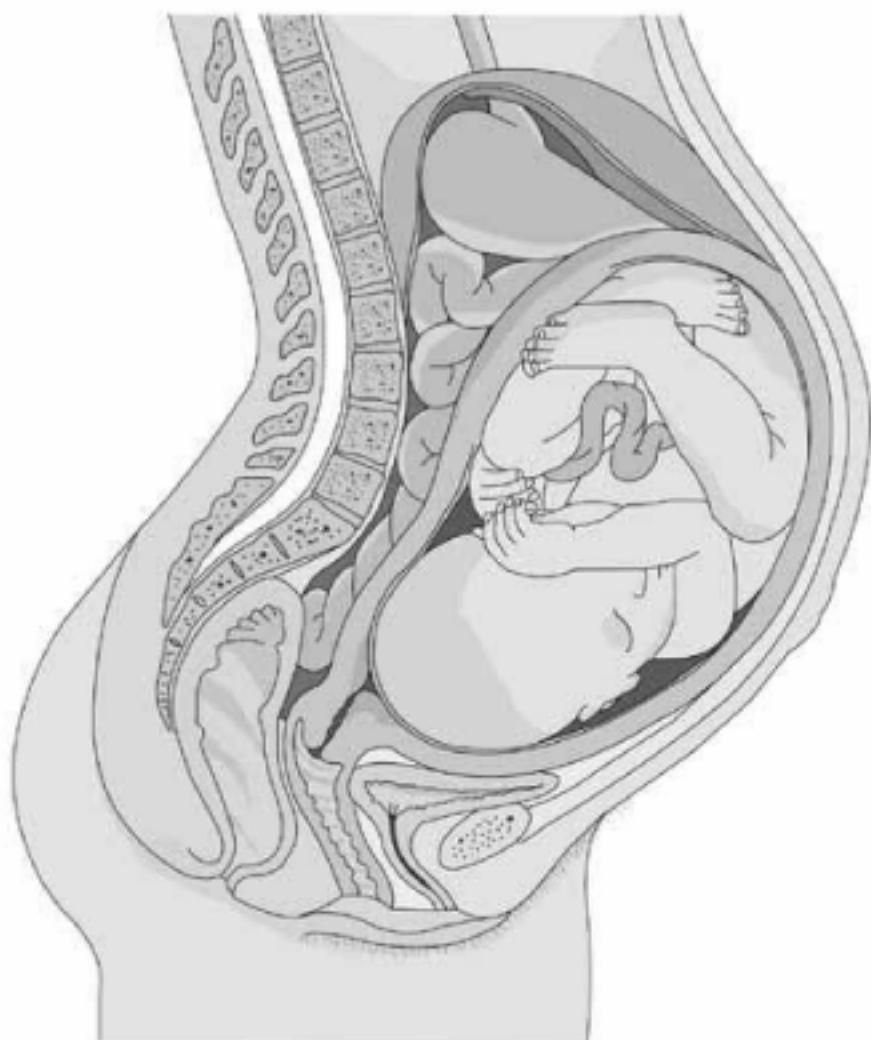
Nên khám và điều trị hiếm muộn ở các cơ sở chuyên khoa có các bác sĩ và chuyên gia phôi học có trình độ và kinh nghiệm để được tư vấn và điều trị phù hợp với kết quả tốt nhất. Các cơ sở điều trị ngoài đội ngũ bác sĩ, nữ hộ sinh và chuyên gia phôi học có trình độ chuyên môn tốt còn cần phải có hệ thống quản lý chất lượng tốt và nghiêm ngặt.

Nên tìm hiểu kiến thức sinh sản, các thông tin liên quan đến khám, điều trị hiếm muộn trên sách báo và internet đáng tin cậy.

Chú ý điều chỉnh chế độ làm việc, ăn uống, sinh hoạt để giữ gìn sức khỏe sinh sản.



Cấu tạo cơ quan sinh dục nữ



Cấu tạo cơ quan sinh dục nữ

BS. Nguyễn Khánh Linh

Mang thai và sinh nở là một nhiệm vụ hết sức thiêng liêng mà chỉ có phụ nữ mới có thể đảm nhận được. Sự khác biệt trong cấu tạo cơ quan sinh dục nam và nữ đã khiến cho việc mang thai trở thành một đặc ân dành riêng cho nữ giới mà không người chồng nào có thể thay thế được cho vợ mình. Chính vì lẽ này, khả năng có con của một cặp vợ chồng phụ thuộc vào nhiều yếu tố ở người vợ hơn so với người chồng, trong đó yếu tố nền tảng và quan trọng nhất là sự toàn vẹn của các cơ quan sinh dục của người phụ nữ. Do đó, hiểu biết một số điểm cơ bản về cấu tạo cơ quan sinh dục nữ là một vấn đề không thể thiếu khi tìm hiểu về khả năng và sức khỏe sinh sản của nữ giới, giúp cho nữ giới có thể tự chăm sóc và bảo vệ mình trước các nguy cơ bệnh tật có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của mình.

Cơ quan sinh dục nữ được chia làm hai phần: cơ quan sinh dục ngoài và cơ quan sinh dục trong. Cơ quan sinh dục ngoài có vai trò chính trong hoạt động tình dục, là cửa ngõ đầu tiên của tinh trùng, là đường thoát máu kinh và là ngả sinh con. Cơ quan sinh dục trong có chức năng tạo noãn, là cầu nối cho tinh trùng và noãn gặp nhau, đảm bảo thụ tinh xảy ra, cho phôi làm tổ phát triển thành thai và nuôi dưỡng thai đến ngày đủ tháng.



CƠ QUAN SINH DỤC NGOÀI

Cơ quan sinh dục ngoài gồm có màng trinh và âm đạo, âm hộ (gồm gò mu, âm vật, môi bé, môi lớn, lỗ niệu đạo) và các tuyến tiết dịch (tuyến Skène và tuyến Bartholin). Âm hộ được giới hạn phía trên là gò mu có lông mu bao phủ, ngay dưới gò mu là âm vật. Ở giữa âm hộ là lỗ ngoài của âm đạo, hai bên lỗ ngoài âm đạo được che kín bởi hai môi bé và hai môi lớn. Lỗ niệu đạo (hay còn gọi là lỗ tiểu) nằm dưới âm vật và nằm trên lỗ âm đạo. Giới hạn dưới của âm hộ là điểm gặp nhau của hai mép môi lớn. Tuyến Skène nằm hai bên lỗ niệu đạo, còn tuyến Bartholin nằm hai bên lỗ âm đạo, có nhiệm vụ tiết dịch để giữ cho âm đạo ẩm ướt.

Âm đạo là ống nối liền cơ quan sinh dục ngoài và trong. Ngoài nhiệm vụ giao hợp, âm đạo còn là cửa ngõ xâm nhập đầu tiên của tinh trùng. Âm đạo là một ống có khả năng đàn hồi rất lớn, có hai thành trước và sau. Bình thường hai thành âm đạo áp chật vào nhau. Âm đạo có thể dãn ra khi giao hợp, đặc biệt có thể dãn rất rộng khi sinh nở để thai nhi chui ra ngoài. Những trường hợp bất thường cấu trúc của âm đạo như âm đạo có vách ngăn, âm đạo ngắn, không có âm đạo,... có thể ảnh hưởng đến khả năng giao hợp và có con của người phụ nữ. Viêm âm đạo có thể dẫn đến nhiễm trùng ngược dòng lên tử cung và vòi trứng, gây viêm nội mạc tử cung và tắc vòi trứng, dẫn đến hiếm muộn.

Ngoài các bộ phận kể trên, vú cũng được xem là một bộ phận thuộc cơ quan sinh dục ngoài, có nhiệm vụ chính là tiết sữa để nuôi con.

CƠ QUAN SINH DỤC TRONG

Cơ quan sinh dục trong gồm có cổ tử cung, tử cung, vòi trứng và buồng trứng.



Cổ tử cung nối âm đạo với tử cung. Bình thường cổ tử cung dài khoảng 2-3cm, rộng 2cm. Khi sinh nở, cổ tử cung có thể nở rộng tối đa để đầu thai nhi chui lọt ra ngoài. Cổ tử cung là nơi tinh trùng bắt đầu đi lên tử cung để đến vòi trứng và gặp noãn. Cổ tử cung tiết ra chất nhầy thuận lợi cho sự xâm nhập của tinh trùng. Những trường hợp bệnh lý của cổ tử cung như chít hẹp cổ tử cung, viêm cổ tử cung mãn tính, chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi,... có thể cản trở sự xâm nhập của tinh trùng lên tử cung.

Tử cung là cấu trúc quan trọng nhất trong khả năng sinh sản của người phụ nữ. Tử cung là nơi đón nhận phôi thai làm tổ và phát triển. Lót mặt trong của tử cung là lớp nội mạc tử cung, đây chính là nơi làm tổ của phôi, cung cấp dinh dưỡng từ máu mẹ cho phôi thai. Những tổn thương của nội mạc tử cung như dính buồng tử cung, lạc nội mạc tử cung,... sẽ làm cho nội mạc tử cung không thuận lợi cho sự làm tổ của phôi. Các bất thường cấu trúc bẩm sinh của tử cung như không có tử cung, tử cung nhi hóa, tử cung đôi, tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn,... có thể ảnh hưởng đến khả năng mang thai của tử cung hoặc làm tăng nguy cơ sẩy thai.

Vòi trứng là ống nối từ buồng tử cung đến buồng trứng. Vòi trứng có nhiệm vụ bắt lấy noãn khi phóng noãn, đưa noãn hướng về phía buồng tử cung để gặp tinh trùng, là cầu nối cho tinh trùng và noãn gặp nhau để diễn ra sự thụ tinh. Sau khi thụ tinh xảy ra, phôi được hình thành sẽ được vòi trứng vận chuyển vào buồng tử cung để làm tổ. Những bất thường của vòi trứng như tắc vòi trứng, ú dịch vòi trứng, sẽ làm cho tinh trùng và noãn không gặp nhau được, thụ tinh không xảy ra khiến cặp vợ chồng bị hiếm muộn, hoặc làm cho phôi được tạo thành không đến được buồng tử cung để làm tổ, gây ra thai ngoài tử cung.

Buồng trứng là cơ quan tạo noãn và sản xuất ra các chất nội tiết tác động lên các cơ quan sinh dục để tạo ra chu kỳ kinh nguyệt và chuẩn bị cho



tử cung để mang thai. Mỗi phụ nữ có hai buồng trứng nằm ở hai bên tử cung. Khi bé gái mới sinh, buồng trứng có khoảng một triệu nang noãn. Do tiến trình thoái hóa nên khi đến tuổi dậy thì, chỉ còn lại khoảng 500.000 nang noãn trên hai buồng trứng. Mỗi chu kỳ kinh nguyệt, sẽ có khoảng 50 nang noãn đi vào tiến trình chọn lọc và phát triển, để cuối cùng có 1 noãn được phóng noãn. Trong cả cuộc đời của một người phụ nữ, có khoảng 500 noãn được phóng noãn. Số lượng noãn này đủ để người phụ nữ sử dụng trong toàn bộ khoảng thời gian sinh sản của mình để sinh con như mong muốn.



Sinh lý thụ thai



Sinh lý thụ thai

BS. Phan Thị Ngọc Minh

THỤ THAI BÌNH THƯỜNG

Thụ thai (conception) là thời điểm một sự sống mới bắt đầu. Mục đích bài này nhằm mô tả quá trình kỳ diệu hình thành nên một sự sống mới. Thụ tinh là sự kết hợp thành công giữa tinh trùng và noãn để hình thành tế bào đầu tiên, phôi và phát triển thành một cơ thể mới. Phôi phải bám vào mặt trong lòng tử cung (nội mạc tử cung) để lấy chất dinh dưỡng, hiện tượng này gọi là "làm tổ". Sau khi phôi đã bám được vào thành tử cung, hiện tượng thụ thai coi như đã hoàn tất.

QUÁ TRÌNH SINH NOÃN Ở NỮ

Ở thời điểm thai 5 tháng, buồng trứng của thai có thể đã có đến 7 triệu noãn. Tuy nhiên, sau đó, khi thai nhi lớn dần và sau khi bé gái được sinh ra, số noãn này bị thoái hóa và giảm dần. Trẻ gái khi sinh ra, buồng trứng chỉ còn khoảng 1 triệu noãn, cho đến tuổi dậy thì số lượng noãn chỉ còn khoảng 500 ngàn. Thực tế, chỉ có 400-500 noãn có thể chín và rụng mỗi tháng trong suốt cuộc đời sinh sản của người phụ nữ (từ 13 tuổi đến hơn 45 tuổi).

PHÓNG NOÃN

Một chu kỳ kinh bình thường kéo dài khoảng 28 ngày. Ngày bắt đầu một chu kỳ kinh là hành kinh. Vào đầu chu kỳ có hàng chục nang noãn phát triển và tồn tại ở buồng trứng, mỗi nang noãn đều chứa một



noãn. Tuy nhiên, sau đó số nang noãn này thoái hóa và giảm dần. Đến giữa chu kỳ kinh nguyệt (ngày thứ 14 của chu kỳ 28 ngày), thường chỉ còn một nang noãn lớn và phóng noãn, hay còn gọi là rụng trứng.

Có thể nhận biết được phóng noãn nhờ vào một số dấu hiệu như: tăng thân nhiệt, chất nhầy cổ tử cung nhiều, hay dùng siêu âm để theo dõi sự phát triển của nang noãn. Bác sĩ có thể đo được kích thước của nang noãn trên siêu âm. Kích thước nang noãn vào đầu chu kỳ khoảng vài milimet và vào lúc chuẩn bị phóng noãn khoảng 20-25mm.

QUÁ TRÌNH SINH TINH TRÙNG Ở NAM GIỚI

Sau dậy thì, hai tinh hoàn bắt đầu sản xuất tinh trùng. Tinh trùng được sản xuất ở tinh hoàn, sau đó di chuyển đến mào tinh. Mào tinh là một cấu trúc có kích thước nhỏ, nằm ở cực trên của tinh hoàn. Mào tinh là nơi tinh trùng trưởng thành và cũng là nơi dự trữ tinh trùng trước khi xuất tinh. Khi xuất tinh, tinh trùng sẽ đi từ mào tinh sang ống sinh tinh để đi ra ngoài, thông qua đường tiểu của nam giới.

Mỗi lần xuất tinh có khoảng 1,5-2ml tinh dịch, trong đó chứa hơn 40 triệu tinh trùng. Tuy nhiên, trong số này, chỉ có một số ít tinh trùng có khả năng thụ tinh với noãn.

TINH TRÙNG DI CHUYỂN ĐẾN GẶP NOÃN NHƯ THẾ NÀO?

Để đến được nơi thụ tinh với noãn, tinh trùng phải trải qua nhiều rào cản như môi trường acid của âm đạo, nút nhầy cổ tử cung, buồng tử cung và ống dẫn trứng. Sau xuất tinh, tinh dịch tiếp xúc với âm đạo, trở nên loãng hơn và trung hòa môi trường acid của âm đạo. Nhờ đó, tinh trùng dễ dàng sống và bắt đầu di động để đi lên tử cung.



Tinh trùng phải đi qua cổ tử cung để vào buồng tử cung. Vào thời điểm phóng noãn, chất nhầy cổ tử cung tiết ra nhiều và tạo thuận lợi cho tinh trùng đi qua được cổ tử cung. Chỉ một phần nhỏ tinh trùng có khả năng di động tốt mới đi qua được cổ tử cung.

Ngoài khả năng tự di chuyển, tinh trùng di chuyển tương đối nhanh trong buồng tử cung nhờ vào sự co thắt của tử cung. Trong một số trường hợp, khoảng 5 phút sau khi giao hợp, một số tinh trùng đã có thể có mặt tại ống dẫn trứng. Một số lượng lớn tinh trùng bị hao hụt trong quá trình di chuyển từ âm đạo, qua tử cung và đến vòi trứng, do đó, cuối cùng chỉ có khoảng vài ngàn tinh trùng đến được vòi trứng sau khi giao hợp. Tinh trùng di chuyển trong vòi trứng được hỗ trợ một phần bởi nhu động của vòi trứng. Tinh trùng có thể sống trong đường sinh dục của phụ nữ khoảng 3-4 ngày.

HIỆN TƯỢNG THỤ TINH GIỮA NOÃN VÀ TINH TRÙNG

Tinh trùng sau khi được hoạt hóa có khả năng đi xuyên qua các lớp tế bào bảo vệ noãn. Cuối cùng chỉ một tinh trùng khỏe nhất mới đi xuyên qua màng trong suốt bao bọc quanh noãn để hợp nhất với noãn tạo thành một hợp tử sau này phát triển thành phôi. Sau khi có một tinh trùng chui lọt vào bên trong noãn thì không một tinh trùng nào còn có thể chui vào noãn được nữa nhờ cơ chế bảo vệ của màng trong suốt bao quanh noãn.

Sau khi thụ tinh, phôi di chuyển từ vị trí thụ tinh ở vòi trứng vào buồng tử cung để làm tổ. Trong quá trình di chuyển từ vòi trứng ngược trở lại vào buồng tử cung, hợp tử bắt đầu phát triển và phân chia thành 2 tế bào, rồi 4 tế bào, 8 tế bào,... 16 tế bào. Phôi mất khoảng 5-6 ngày để đến được buồng tử cung. Lúc này, phôi có khoảng 100 tế bào, bên trong có một nang chứa đầy dịch lỏng và phôi được gọi là phôi nang.



PHÔI LÀM TỔ VÀO BUỒNG TỬ CUNG NHƯ THẾ NÀO?

Nội mạc tử cung là lớp lót bên trong lòng tử cung. Đây là nơi phôi bám và chìm sâu vào để hút chất dinh dưỡng. Vào thời điểm phôi bám vào để làm tổ, nội mạc tử cung dày khoảng 10mm, có thể đo được độ dày nội mạc tử cung qua siêu âm.

Phôi đến được buồng tử cung vào khoảng ngày thứ 5-6 sau khi thụ tinh và bám vào buồng tử cung để làm tổ vào khoảng ngày thứ 7 sau thụ tinh. Nếu có hiện tượng phôi làm tổ, hiện tượng hành kinh sẽ không xảy ra.

Phôi sẽ tiếp tục phát triển trong buồng tử cung thành thai. Người mẹ mang bào thai lớn dần đến ngày sinh nở.



Nguyên nhân hiếm muộn nữ



Nguyên nhân hiếm muộn nữ

BS. Nguyễn Khánh Linh

NHẮC LẠI VỀ QUÁ TRÌNH THỤ THAI BÌNH THƯỜNG

Để hiểu được những nguyên nhân nào dẫn đến hiếm muộn ở người phụ nữ, chúng ta sẽ điểm lại những hiện tượng chính diễn ra trong quá trình thụ thai.

Sau khi được phóng thích vào trong âm đạo, tinh trùng từ âm đạo sẽ đi lên cổ tử cung, tử cung, vào vòi trứng và gặp noãn ở một phần ba ngoài của vòi trứng. Tinh trùng xâm nhập vào noãn, diễn ra hiện tượng thụ tinh, tạo thành hợp tử. Hợp tử được tạo thành sẽ di chuyển lại vào buồng tử cung và làm tổ vào nội mạc tử cung để tiếp tục phát triển thành phôi thai sau này.

Như vậy, để một người phụ nữ có khả năng sinh sản bình thường, điều quan trọng cần có là các cơ quan sinh sản phải bình thường về mặt cấu trúc và chức năng. Về mặt cấu trúc, các cơ quan sinh sản nữ như âm đạo, cổ tử cung, tử cung, vòi trứng phải thông để đảm bảo cho sự di chuyển của tinh trùng, sự gặp gỡ giữa tinh trùng và noãn để hiện tượng thụ tinh xảy ra, sau đó hợp tử tạo thành phải được vòi trứng vận chuyển vào lại buồng tử cung để làm tổ. Khi đến được buồng tử cung, để phôi có thể làm tổ, thì tử cung và nội mạc tử cung phải phát triển bình thường và thuận lợi cho sự làm tổ của phôi.



Về mặt chức năng, các cơ quan sinh sản phải hoạt động một cách bình thường để hiện tượng phóng noãn xảy ra đều đặn hàng tháng. Muốn như vậy, nǎo (bao gồm vùng hạ đồi và tuyến yên) phải tiết ra đầy đủ các chất nội tiết để kích thích sự phát triển của các nang noãn ở buồng trứng. Bản thân buồng trứng phải có các nang noãn đáp ứng bình thường với kích thích của hạ đồi và tuyến yên và tiết ra đầy đủ nội tiết tố. Các nội tiết của buồng trứng sẽ tác động lên nội mạc tử cung để chuẩn bị cho sự làm tổ của phôi.

Bất thường cấu trúc của bất kỳ cơ quan sinh sản nào hoặc rối loạn hoạt động nội tiết ở bất kỳ khâu nào cũng sẽ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ và dẫn đến hiếm muộn.

CÁC NGUYÊN NHÂN HIẾM MUỘN DO VỢ

Có thể chia các nguyên nhân hiếm muộn do vợ thành 5 nhóm chính (Biểu đồ 1):

- * Rối loạn phóng noãn: là hiện tượng phóng noãn xảy ra không đều. Trong nhóm nguyên nhân này, thường gặp là hội chứng buồng trứng đa nang, tăng prolactin máu, rối loạn chức năng tuyến giáp, suy buồng trứng, stress,...
- * Bệnh lý vòi trứng và vùng chậu: là những bệnh lý của vòi trứng và các cấu trúc khác trong vùng chậu. Hai nguyên nhân thường gặp trong nhóm này là tắc vòi trứng và lạc nội mạc tử cung.
- * Bất thường cổ tử cung: là những bất thường của cổ tử cung như cổ tử cung hẹp, chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi, viêm cổ tử cung nặng do lậu cầu, trichomonas, mycoplasma hominis và ureaplasma urealyticum, kháng thể kháng tinh trùng,...
- * Bất thường tử cung: hiếm muộn do vợ có thể do những bất thường của tử cung như không có tử cung, tử cung dị dạng, nội mạc tử cung mỏng,...



* Không rõ nguyên nhân.

Khi xét chung các nguyên nhân gây hiếm muộn của một cặp vợ chồng thì nguyên nhân gây hiếm muộn từ phía vợ chiếm tỉ lệ tương tự như các nguyên nhân xuất phát từ phía chồng, khoảng 40%.

Nếu chỉ xét riêng các nguyên nhân hiếm muộn do vợ, thì hai nhóm nguyên nhân thường gặp nhất là rối loạn phóng noãn và bệnh lý vòi trứng và vùng chậu chiếm tỉ lệ tương đương là 40%. Ở các nước phương Tây, tỉ lệ hiếm muộn do rối loạn phóng noãn thường cao hơn so với bệnh lý vòi trứng và vùng chậu. Còn ở Việt Nam và các nước Á châu, do tỉ lệ bệnh lây truyền qua đường tình dục còn khá cao, bệnh lý vòi trứng và vùng chậu vẫn còn thường gặp hơn so với nhóm hiếm muộn do rối loạn phóng noãn.

Các nguyên nhân khác chiếm khoảng 10%. 10% còn lại là hiếm muộn không rõ nguyên nhân.

MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

Tắc vòi trứng

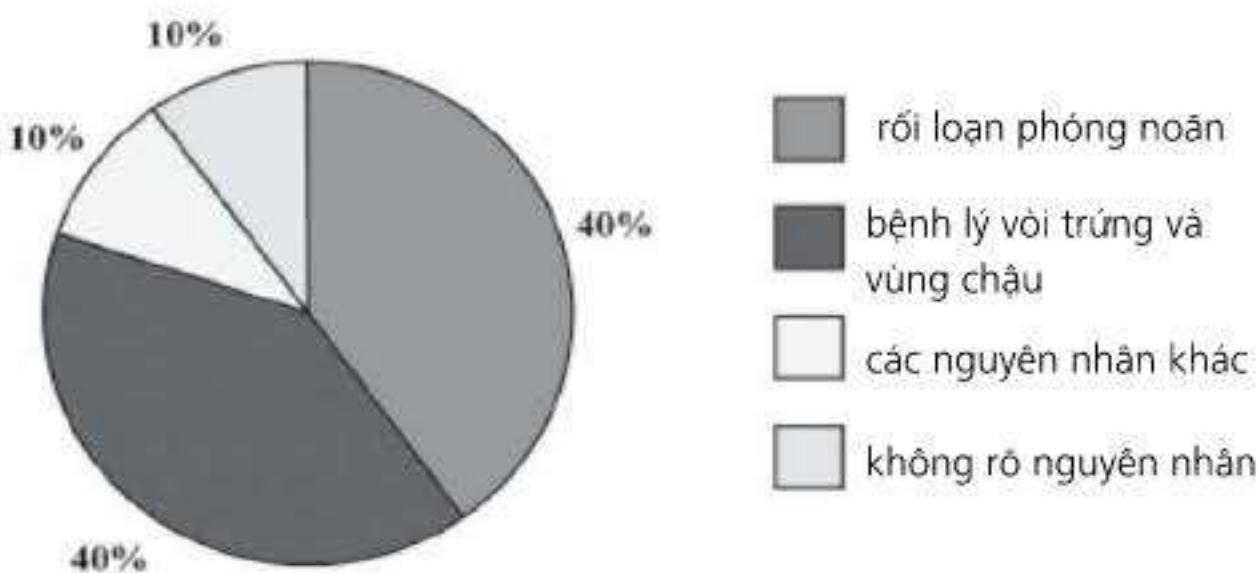
Vòi trứng là nơi gặp nhau của tinh trùng và noãn để xảy ra quá trình thụ tinh. Trong trường hợp vòi trứng bị tắc, tinh trùng không thể đến noãn được, do đó, hiện tượng thụ tinh không xảy ra. Vòi trứng có thể bị tắc một hoặc cả hai bên. Trong trường hợp tắc cả hai bên, bệnh nhân hoàn toàn không thể có thai tự nhiên được. Nếu chỉ tắc một bên vòi trứng, khả năng có thai của bệnh nhân sẽ giảm, nhưng bệnh nhân vẫn còn có thể có thai tự nhiên.

Tắc vòi trứng là nguyên nhân hiếm muộn do vợ được cho là thường gặp nhất ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Ở nước ta, do kiến thức về an toàn trong quan hệ tình dục còn kém, nên các bệnh



nhiễm trùng lây qua đường tình dục (lậu cầu, chlamydia) còn xảy ra khá thường xuyên và đó là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây tắc vòi trứng. Các yếu tố nguy cơ khác có thể gây tắc vòi trứng bao gồm: đặt dụng cụ tử cung (vòng tránh thai), có tiền căn hút nạo thai, tiền căn nạo lòng tử cung do các nguyên nhân khác như bệnh lý tăng sinh nội mạc tử cung,... Lạc nội mạc tử cung nặng cũng có thể gây tắc vòi trứng từ bên ngoài bằng cách gây dính khiến vòi trứng bị bất động, không thể bắt nỗi được cũng như không thể tạo ra nhu động để đưa noãn và phôi hướng về phía buồng tử cung được.

Vì vậy, nếu có một trong số các nguy cơ có thể dẫn đến tắc vòi trứng kể trên (tiền căn nạo hút thai, đặt vòng,...), người vợ nên đến khám sớm ở các cơ sở chuyên khoa để được phát hiện sớm và có hướng điều trị thích hợp.



Biểu đồ 4.1 Phân bố các nguyên nhân hiếm muộn do vợ.



Rối loạn phóng noãn

Rối loạn phóng noãn là hiện tượng phóng noãn không đều hoặc không phóng noãn, biểu hiện ra ngoài là tình trạng kinh nguyệt không đều, kinh thưa thớt hoặc vô kinh (vài tháng mới có kinh một lần, một năm có ít hơn 8 lần hành kinh, thậm chí có bệnh nhân cả năm không có kinh, gọi là vô kinh). Do phóng noãn xảy ra không đều hoặc hoàn toàn không có phóng noãn, khả năng có thai của bệnh nhân sẽ giảm.

Người phụ nữ có kinh nguyệt không đều đặn, kinh thưa, hơn 41 ngày mới có kinh một lần, nên đi khám bệnh ngay để sớm phát hiện các nguyên nhân có thể gây rối loạn phóng noãn sau đây.

- Hội chứng buồng trứng đa nang

Nguyên nhân thường gặp nhất của rối loạn phóng noãn là hội chứng buồng trứng đa nang (viết tắt là PCOS: Polycystic Ovary Syndrome), chiếm khoảng 70-80%. Nguyên nhân gây ra hội chứng buồng trứng đa nang hiện vẫn còn chưa rõ. Hội chứng này đặc trưng bởi buồng trứng có rất nhiều nang nhỏ (lớn hơn hay bằng 12 nang trên một buồng trứng) nhưng các nang không phát triển nên phóng noãn không xảy ra hoặc hiếm khi xảy ra. Môi trường nội tiết trong cơ thể bị rối loạn. Trên lâm sàng, bệnh nhân có kinh thưa hoặc vô kinh và các biểu hiện của tình trạng rối loạn nội tiết như béo phì, rậm lông, mụn trứng cá, rụng tóc,...

- Suy buồng trứng do thiếu kích thích từ não
(vùng hạ đồi và tuyến yên)

Các nang noãn của buồng trứng không phát triển do vùng hạ đồi hoặc tuyến yên không tiết ra các nội tiết để kích thích sự phát triển của nang noãn ở buồng trứng. Bệnh nhân bị rối loạn kinh nguyệt (thường là vô kinh) do phóng noãn không xảy ra.



- Suy buồng trứng do buồng trứng giảm hay không còn nang noãn

Suy buồng trứng dạng này có thể xảy ra sau một phẫu thuật bóc u nang buồng trứng, cắt buồng trứng, hóa trị, xạ trị trong những trường hợp ung thư, các yếu tố độc hại của môi trường, đặc biệt là hút thuốc lá,... Những tác nhân này gây suy buồng trứng là do đã lấy đi hoặc phá hủy một số lượng lớn các nang noãn dự trữ của buồng trứng. Một số trường hợp suy buồng trứng khác không xác định được nguyên nhân chính xác, được cho là có liên quan đến gen di truyền, trong đó các nang noãn ở buồng trứng xảy ra hiện tượng thoái hóa nhanh hơn bình thường.

Suy buồng trứng có thể biểu hiện trên lâm sàng là hiện tượng rối loạn kinh nguyệt kiểu kinh thua dần hoặc mất kinh một cách đột ngột. Cũng có trường hợp giảm số lượng noãn dự trữ trong buồng trứng sớm chia ảnh hưởng đến kinh nguyệt (bệnh nhân vẫn có kinh đều đặn) mà chỉ được xác định khi tiến hành xét nghiệm hoặc điều trị với kích thích buồng trứng. Xác định giảm dự trữ noãn sớm khi siêu âm thấy số nang noãn trên hai buồng trứng còn ít (thường dưới sáu nang trên hai buồng trứng) và xét nghiệm thấy nồng độ nội tiết FSH tăng cao. Biện pháp điều trị hiệu quả nhất của suy buồng trứng là người vợ phải xin trứng của một người trẻ tuổi khác để làm thụ tinh trong ống nghiệm.

- Áp lực và căng thẳng tâm lý (stress)

Hiện nay, người ta nhận thấy rằng stress có thể gây ra hiện tượng rối loạn kinh nguyệt ở một số bệnh nhân, thậm chí vô kinh hoàn toàn, nhất là ở những bệnh nhân thuộc dạng thần kinh yếu, dễ nhạy cảm và bị tác động bởi stress. Nghiên cứu trên bệnh nhân dễ nhạy cảm với stress cho thấy nồng độ nội tiết do buồng trứng



tiết ra ở những bệnh nhân này thấp hơn người bình thường. Quan sát trên động vật cũng thấy rằng kích thích của nội tiết từ não bị giảm khi cơ thể bị stress, buồng trứng không được kích thích sẽ dẫn đến hiện tượng rối loạn phóng noãn, và đó có thể là nguyên nhân gây hiếm muộn.

Tăng prolactin máu

Prolactin là một nội tiết do tuyến yên tiết ra, có chức năng kích thích tuyến vú tạo sữa, thường tăng cao ở phụ nữ cho con bú. Prolactin tăng cao sẽ ức chế các nội tiết FSH và LH, là hai nội tiết có chức năng kích thích sự phát triển của nang noãn và gây phóng noãn. Khi prolactin tăng cao, FSH và LH sẽ giảm, do đó, hiện tượng phóng noãn không xảy ra.

Prolactin máu tăng cao có thể nguyên phát (không rõ nguyên nhân) hoặc thứ phát do u tuyến yên.

Trên lâm sàng, bệnh nhân có thể có hiện tượng chảy sữa ở đầu núm vú. Trong trường hợp do u tuyến yên, bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì (nếu u nhỏ) hoặc có các triệu chứng thần kinh do u lớn chèn ép các cơ quan xung quanh như nhức đầu, nhìn đôi, mờ mắt, lé mắt,...

Lạc nội mạc tử cung

Lạc nội mạc tử cung là tình trạng nội mạc tử cung lạc vào những vị trí khác ngoài lòng tử cung. Lạc nội mạc tử cung thường xảy ra ở buồng trứng, cùng ổ sau và các cơ quan khác ở vùng chậu.

Lạc nội mạc tử cung cũng là một bệnh lý thường gặp, xảy ra ở 5-10% phụ nữ tuổi sinh sản. Cơ chế gây hiếm muộn trong lạc nội mạc tử cung hiện chưa rõ, nhưng một số nhà nghiên cứu cho rằng lạc nội mạc tử cung gây biến đổi cấu trúc các cơ quan vùng chậu, làm rối



loạn hiện tượng rụng trứng và bất hoạt chức năng bắt noãn của vòi trứng, làm biến đổi môi trường nội tiết khiến cho sự làm tổ của phôi không thuận lợi.

Bất thường tử cung và nội mạc tử cung

Tử cung và nội mạc tử cung là nơi phôi thai sẽ làm tổ và phát triển, do đó bất thường hai yếu tố này sẽ làm cho khả năng làm tổ và phát triển đến đủ tháng của phôi thai bị ảnh hưởng.

Có hai dạng bất thường của tử cung là bất thường tử cung bẩm sinh và bất thường tử cung mắc phải.

Bất thường tử cung bẩm sinh là những bất thường của tử cung có sẵn từ lúc mới sinh. Những bất thường có thể gặp bao gồm: không có tử cung, tử cung dị dạng (tử cung nhỏ bẩm sinh, tử cung có vách ngăn, tử cung hai sừng,...). Bất thường tử cung bẩm sinh còn có thể kèm theo các bất thường các cơ quan sinh dục khác như không có âm đạo, âm đạo có vách ngăn, màng trinh không thủng,...

Bất thường tử cung mắc phải là những bất thường xuất hiện sau sinh, thường là trong lứa tuổi sinh sản: đa nhân xơ tử cung và lạc nội mạc tử cung vào cơ tử cung có thể gây biến dạng tử cung khiến tử cung khó mang thai; tử cung nhi hóa do thiếu hụt nội tiết trong trường hợp suy buồng trứng sớm hoặc hội chứng buồng trứng đa nang cũng không thể mang thai được.

Bất thường nội mạc tử cung như nội mạc tử cung mỏng hoặc có bệnh lý như tăng sinh nội mạc tử cung, lòng tử cung có nhiều polyp,... sẽ không thuận lợi cho sự làm tổ của phôi.



Chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi

Chất nhầy cổ tử cung được tiết ra từ kênh cổ tử cung. Vào thời điểm phóng noãn, chất nhầy cổ tử cung được tiết ra nhiều nhất, có tính chất trong, dai và thuận lợi cho sự đi qua của tinh trùng. Nếu chất nhầy cổ tử cung quá đặc, nó sẽ cản trở không cho tinh trùng đi lên tử cung, do đó tinh trùng không thể đến vòi trứng để thụ tinh với noãn.

Không rõ nguyên nhân

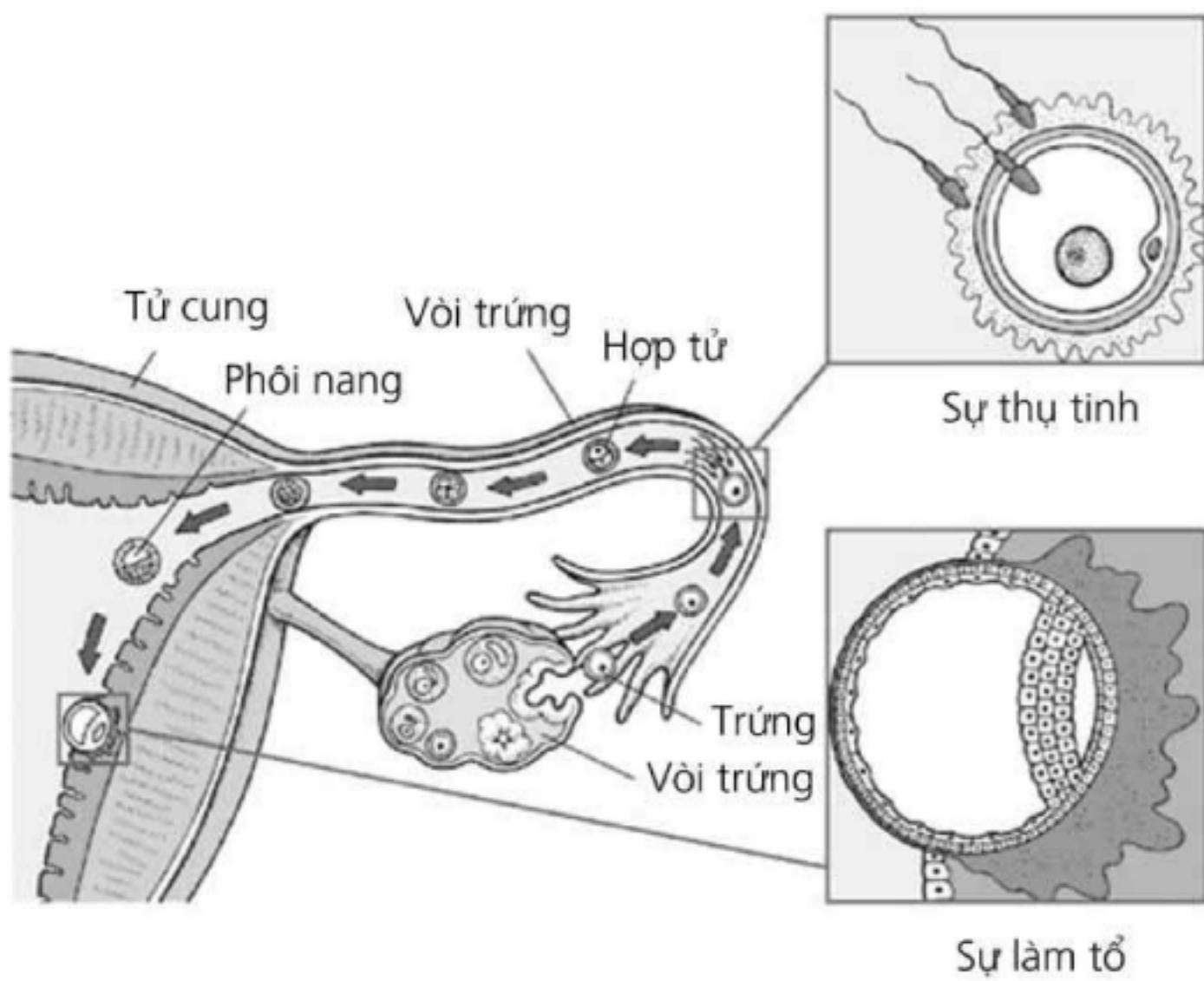
Một số trường hợp hiếm muộn không rõ nguyên nhân, tức là với những kỹ thuật xét nghiệm và chẩn đoán hiện nay, vẫn không thể tìm thấy bất kỳ một bất thường nào có thể dẫn đến tình trạng chậm con của hai vợ chồng.

KẾT LUẬN

Nguyên nhân hiếm muộn ở vợ rất thay đổi, một số nguyên nhân có thể không triệu chứng, một số nguyên nhân khác có thể có triệu chứng hoặc yếu tố nguy cơ. Trong trường hợp người vợ có triệu chứng bất thường có liên quan đến khả năng sinh sản như kinh nguyệt không đều, kinh thua, rậm lông, hoặc có các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến hiếm muộn như từng nạo hút thai, mổ bóc u nang buồng trứng, hai vợ chồng nên đến khám sớm ở các cơ sở chuyên khoa để có thể phát hiện và điều trị sớm, chứ không nên đợi đến một năm sau khi cố gắng có con mà không được mới đi khám.



Tắc vòi trứng



Tắc vòi trứng

BS. Giang Huỳnh Như

Vòi trứng là hai cấu trúc hình ống có đường kính rất nhỏ, có một đầu tận cắm vào buồng tử cung, đầu tận còn lại loe rộng gọi là loa vòi, tiếp xúc với buồng trứng. Trong sinh lý thụ tinh tự nhiên, vòi trứng đóng vai trò quan trọng không chỉ với sự thụ tinh mà còn với sự phát triển của phôi. Khi có hiện tượng phóng noãn xảy ra, một trong hai loa vòi sẽ đón lấy noãn, đưa vào vòi trứng do nhu động của các vi nhung mao của niêm mạc vòi trứng. Sau khi giao hợp, tinh trùng di chuyển từ âm đạo qua cổ tử cung, lên tử cung và vòi trứng. Tại vòi trứng, tinh trùng gặp noãn và hiện tượng thụ tinh xảy ra. Noãn sau khi thụ tinh sẽ phát triển thành phôi và di chuyển bên trong vòi trứng khoảng 5 ngày trước khi vào buồng tử cung để làm tổ. Vòi trứng có vai trò quan trọng trong quá trình thụ tinh và sự phát triển của phôi trong giai đoạn sớm. Vòi trứng rất dễ bị tổn thương do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhiễm trùng, lạc nội mạc tử cung và các phẫu thuật trong vùng chậu.

CHẨN ĐOÁN TẮC VÒI TRỨNG

Trong các nguyên nhân hiếm muộn, tổn thương vòi trứng chiếm khoảng 40% các trường hợp. Có nhiều dạng tổn thương vòi trứng, trong đó, tắc vòi trứng là thường gặp nhất. Tắc vòi trứng có thể xảy ra ở một bên hay cả hai bên vòi trứng, có thể chỉ là tắc vòi trứng đơn thuần hay phối hợp với ứ dịch vòi trứng. Để chẩn đoán tình trạng vòi trứng, bạn có thể được làm một trong các xét nghiệm sau.



Chụp buồng tử cung và vòi trứng có cản quang (Hystero-salpingogram - HSG)

Là một xét nghiệm dựa trên X quang nhằm chẩn đoán sự thông thường vòi trứng và sự toàn vẹn của lòng tử cung. HSG có thể tiến hành như một thủ thuật ngoại trú. Phim thường được chụp khi vừa sạch kinh, trước khi có hiện tượng phóng noãn để tránh làm ảnh hưởng trong trường hợp bạn có thai.

Chụp buồng tử cung và vòi trứng có cản quang thường được thực hiện cho những bệnh nhân:

- Có tiền căn can thiệp vào buồng tử cung: tiền căn nạo, hút thai, đặt dụng cụ tử cung, nạo sinh thiết nội mạc tử cung,...
- Có tiền căn viêm nhiễm vùng chậu.
- Nghi ngờ có bất thường về cấu trúc của tử cung (tử cung hai sừng, tử cung một sừng, tử cung có vách ngăn,...).
- Xét nghiệm thấy có kháng thể Chlamydia trong máu.
- Có tiền căn phẫu thuật vùng bụng, vùng chậu: mổ viêm ruột thừa, viêm phúc mạc,...
- Có thời gian vô sinh kéo dài trên 5 năm.
 - Cách thực hiện HSG

Trước khi thực hiện thủ thuật, bạn thường được sử dụng kháng sinh dự phòng và thuốc giảm đau. HSG được thực hiện bằng cách bơm chất cản quang qua một catheter vào buồng tử cung và hai vòi trứng. Nếu hai vòi trứng thông, chất cản quang sẽ đi theo vòi trứng và đổ vào ổ bụng. Nhờ chất cản quang này mà các tổn thương của lòng tử cung và vòi trứng có thể được phát hiện trên phim X quang. Sau khi chụp phim, bạn có thể sinh hoạt như bình



thường. Tuy nhiên, bạn nên kiêng giao hợp trong khoảng 1 tuần và không nên để có thai trong chu kỳ có chụp phim.

Nội soi ổ bụng

Nội soi ổ bụng được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng. Tuy nhiên, nội soi ổ bụng là một phẫu thuật, bạn cần được gây mê và nằm viện. Nội soi ổ bụng thường được phối hợp với nội soi buồng tử cung để có thêm thông tin về tình trạng buồng tử cung. Mổ nội soi ổ bụng giúp phẫu thuật viên quan sát trực tiếp các bất thường về hình thái của vòi trứng cũng như các cơ quan khác có liên quan trong vùng chậu. Không chỉ có giá trị chẩn đoán, mổ nội soi ổ bụng còn cho phép can thiệp trong một số trường hợp tắc vòi trứng như gỡ dính, bơm thông, cắt bỏ vòi trứng tắc ứ dịch,...

ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIẾM MUỘN DO TẮC VÒI TRỨNG

Do vai trò đặc biệt quan trọng của vòi trứng trong sự thụ tinh và phát triển của phôi trong giai đoạn sớm, những bệnh nhân có tổn thương tắc vòi trứng thường gặp khó khăn trong việc mang thai. Khi có chỉ định, bạn được chụp hình kiểm tra buồng tử cung và vòi trứng có cản quang. Sau khi chụp phim, bạn sẽ có thể có một trong các chẩn đoán sau đây: hai vòi trứng thông tốt, tắc một vòi trứng, tắc hai vòi trứng hay tắc ứ dịch hai vòi trứng.

Nếu tắc một vòi trứng, bạn có thể được chọn giải pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung kết hợp với kích thích buồng trứng để điều trị hiếm muộn. đương nhiên, bơm tinh trùng vào buồng tử cung chỉ được tiến hành khi có noãn phát triển ở vòi trứng thông. Bạn cũng có thể chọn mổ nội soi để chẩn đoán xác định và làm thông vòi trứng tắc. Nếu hai vòi trứng được thông tốt sau phẫu thuật, bạn có thể tiến hành bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay tiếp tục giao hợp trong một thời gian 6-12 tháng. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp phẫu thuật nội soi



không giải quyết được các tổn thương của vòi trứng. Điều này có nghĩa một vòi trứng của bạn vẫn bị tắc sau phẫu thuật.

Nếu tắc hai vòi trứng, bạn có thể chọn phẫu thuật nội soi để chẩn đoán xác định và thông hai vòi trứng. Như đã đề cập ở trên, nếu hai vòi trứng được thông tốt sau phẫu thuật, bạn có thể tiến hành bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay tiếp tục giao hợp trong vòng 6-12 tháng. Đối với những trường hợp không thông được hai vòi trứng sau phẫu thuật, biện pháp điều trị nên được lựa chọn tiếp theo là làm thụ tinh trong ống nghiệm.

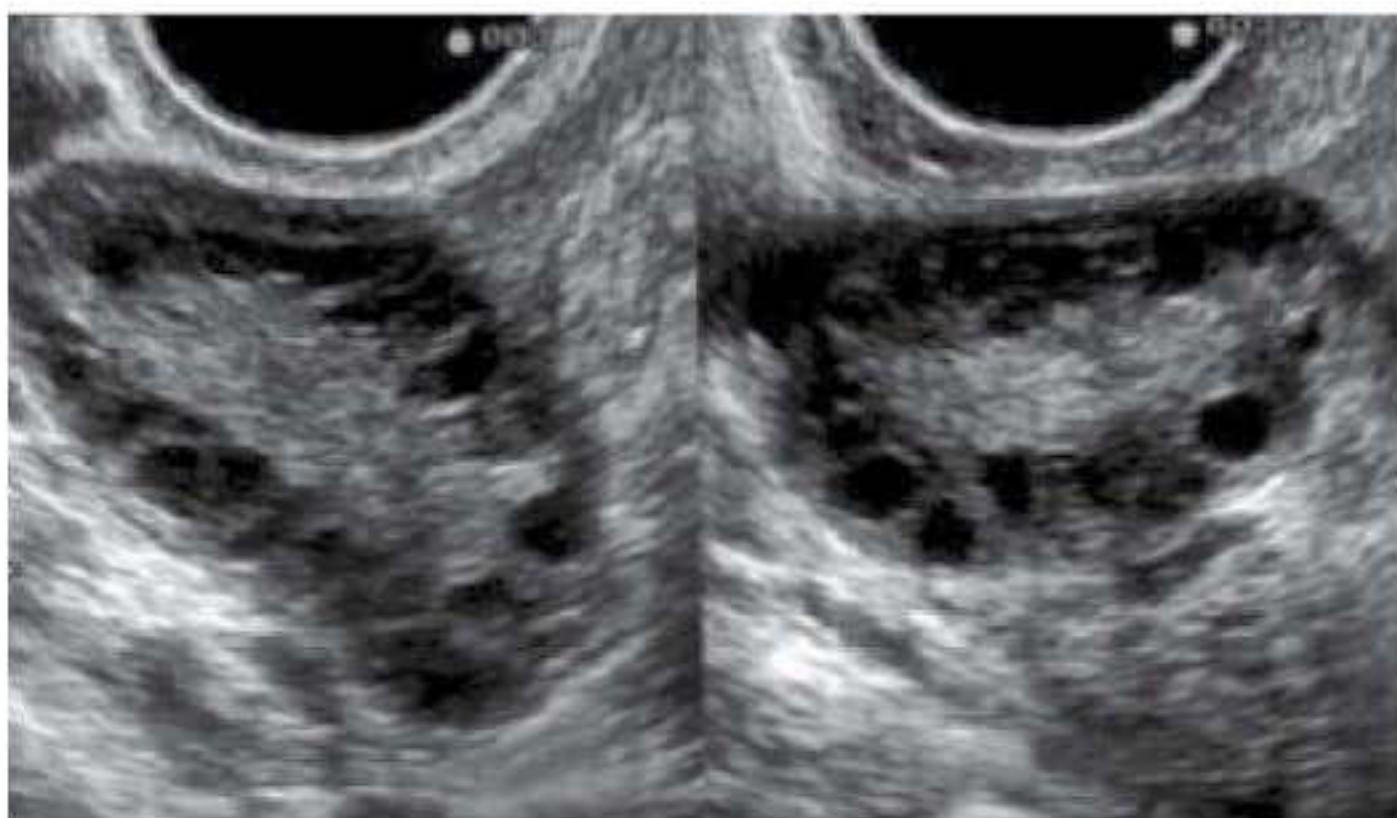
Nếu tắc ú dịch hai vòi trứng, phẫu thuật nội soi luôn là lựa chọn đầu tiên. Cho đến thời điểm hiện tại, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy nếu tình trạng ú dịch hai vòi trứng không được giải quyết trước khi điều trị hiếm muộn sẽ ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Sau phẫu thuật, tùy vào tình trạng tổn thương của vòi trứng, bạn có thể được điều trị bằng bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay làm thụ tinh trong ống nghiệm.

KẾT LUẬN

Tắc vòi trứng là một nguyên nhân khá thường gặp trong hiếm muộn. Bệnh nhân đi khám hiếm muộn cần được thực hiện các khảo sát về tình trạng vòi trứng để được điều trị hiếm muộn một cách hiệu quả nhất.



Hội chứng buồng trứng đa nang



Hội chứng buồng trứng đa nang

BS. Vương Thị Ngọc Lan

Hội chứng buồng trứng đa nang là một rối loạn nội tiết thường gặp nhất, xảy ra ở 5-10% các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Hội chứng buồng trứng đa nang được tìm ra lần đầu tiên trên người vào năm 1935 do hai nhà khoa học Stein và Leventhal. Hội chứng này là một tập hợp của các triệu chứng rối loạn khác nhau ở người phụ nữ về biểu hiện lâm sàng và nội tiết. Hội chứng buồng trứng đa nang gây ra các vấn đề sức khỏe khiến người phụ nữ đến khám với bác sĩ như tình trạng rối loạn kinh nguyệt, hiếm muộn do không phóng noãn, rậm lông, hói đầu, mụn mặt,... Nguyên nhân gây ra hội chứng buồng trứng đa nang chưa được hiểu rõ, do đó, không có phương pháp điều trị khỏi hội chứng buồng trứng đa nang, nhưng y học hiện tại có thể điều trị được các vấn đề sức khỏe do hội chứng buồng trứng đa nang gây ra.

CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Bệnh nhân bị hội chứng buồng trứng đa nang thường có các biểu hiện lâm sàng khác nhau và có thể thay đổi theo các giai đoạn khác nhau của cuộc sống. Ngoài ra, các biểu hiện lâm sàng này cũng khác nhau tùy theo chủng tộc, vùng địa lý, môi trường sống và lối sống. Các biểu hiện lâm sàng chính bao gồm:



Rối loạn kinh nguyệt: xảy ra trong khoảng 90% bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang người Việt Nam. Các dạng rối loạn kinh nguyệt thường gặp là kinh thua hay vô kinh. Kinh thua nghĩa là bệnh nhân có chu kỳ kinh trên 35 ngày (có kinh dưới 8 lần trong 1 năm), chứ không đều đặn hàng tháng. Vô kinh là tình trạng bệnh nhân không có kinh hoàn toàn hay trên 6 tháng mà không có kinh. Rối loạn kinh nguyệt ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thường do buồng trứng không phóng noãn.

Hiếm muộn: khá thường gặp ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang. Không phải tất cả bệnh nhân có hội chứng này đều bị hiếm muộn. Tuy nhiên, do buồng trứng đa nang gây tình trạng rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn, các bệnh nhân có hội chứng này có xác suất bị hiếm muộn cao hơn bình thường. Hiện nay, ở Việt Nam, đây là lý do thường thấy nhất khiến bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang đến bác sĩ khám.

Béo phì: ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thường do tình trạng tăng nồng độ và hoạt động của nội tiết tố nam trong cơ thể người phụ nữ. Do đó, béo phì thường theo kiểu nam giới, chủ yếu ở bụng. Các bác sĩ thường dùng chỉ số khối cơ thể và tỉ số eo/hông để đánh giá mức độ béo phì ở các bệnh nhân. Chỉ số khối cơ thể được tính bằng trọng lượng cơ thể (tính bằng kilogram) chia cho bình phương của chiều cao (tính bằng mét). Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ở người châu Á, chỉ số khối cơ thể từ 18-23 là bình thường, nếu trên 23 là bệnh nhân có tình trạng béo phì. Tỉ số eo/hông cũng quan trọng trong đánh giá tình trạng béo phì, được tính bằng chu vi vòng eo ngang rốn (đo bằng centimet) chia cho chu vi vòng mông chỗ to nhất (đo bằng centimet). Tỉ số eo/hông trên 0,8 là bệnh nhân có tình trạng béo bụng.



Béo phì xảy ra với tần suất khác nhau trên các bệnh nhân bị hội chứng buồng trứng đa nang ở các vùng địa lý và chủng tộc khác nhau. Bệnh nhân người châu Âu, Mỹ, Nam Á có tỉ lệ béo phì cao. Người Đông Nam Á ít béo phì hơn và theo một số nghiên cứu tại Việt Nam, khoảng 80-90% bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang người Việt Nam không có tình trạng béo phì (chỉ số khối cơ thể nhỏ hơn 23). Béo phì có liên quan đến tình trạng rối loạn phóng noãn, tăng tỉ lệ sẩy thai và tăng các biến chứng trong thai kỳ.

Rậm lông: do tình trạng tăng nồng độ và hoạt động của nội tiết tố nam trong cơ thể người phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang. Rậm lông thường thấy kiểu nam giới, tức là bệnh nhân có thể có ria mép, râu, lông ngực, lông bụng, lông tay và chân thường rậm và cứng. Rậm lông thường thấy hơn ở các bệnh nhân người phương Tây. Khoảng 40-50% bệnh nhân người Việt Nam có biểu hiện này.

Mụn mặt: thường kết hợp với da nhờn. Mụn mặt có thể có nhiều mức độ khác nhau từ một vài mụn đến dạng mụn bọc đỏ và nhiều trên

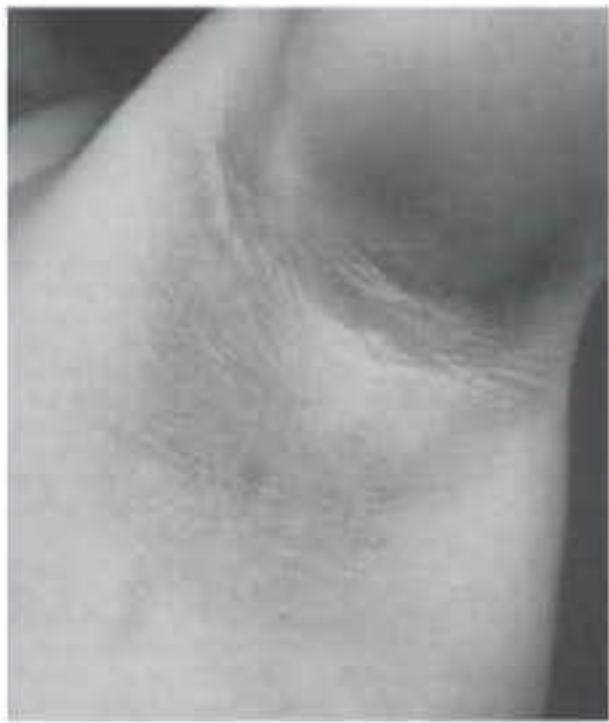


Hình 6.1 Hình ảnh một phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang được mô tả từ những năm 30 của thế kỷ 20, khi các nhà khoa học mới tìm ra hội chứng này.



Hình 6.2 Hói đầu kiểu nam giới ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang.





Hình 6.3 Vùng sạm da ở các bệnh nhân
hội chứng buồng trứng đa nang.

khắp mặt. Đây cũng là một lý do khá thường gặp khiến bệnh nhân đến khám với các bác sĩ da liễu, tuy nhiên cần chú ý phân biệt với mụn mặt đơn thuần ở tuổi dậy thì, nhất là ở những bệnh nhân trẻ.

Hói đầu: thường thấy theo kiểu nam giới, tức là hói trên đỉnh đầu. Tình trạng này cũng do tăng nội tiết tố nam trong cơ thể người phụ nữ.

Tiểu đường, tăng mỡ trong máu: cũng là các biểu hiện kết hợp ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang. Các rối loạn về chuyển hóa này thường thấy ở các bệnh nhân béo phì. Tiểu đường ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang thường do tình trạng đề kháng insulin. Các bệnh nhân này thường có các vùng sạm da ở các nếp gấp của cơ thể như cổ, nách, khuỷu tay, háng.

Ngoài ra, bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang còn có thể gặp một số biến chứng muộn khác như tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường và ung thư nội mạc tử cung. Do đó, ở các bệnh nhân này, việc theo dõi sức khỏe và khám phụ khoa định kỳ để phát hiện và điều trị sớm các biến chứng này là hết sức cần thiết.



CÁC ĐẶC ĐIỂM VỀ XÉT NGHIỆM CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRÚNG ĐA NANG

Các bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang thường cần được làm các xét nghiệm sau để giúp cho việc chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn.

Xét nghiệm nội tiết trong máu

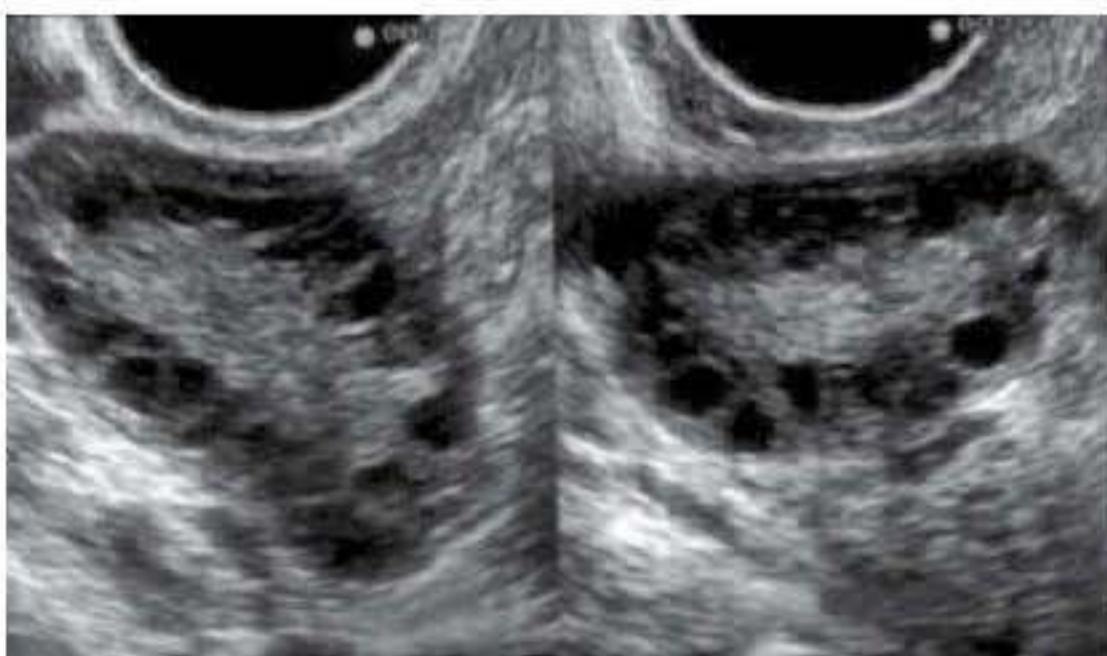
Bệnh nhân thường được lấy máu để định lượng nồng độ các nội tiết như FSH, LH, estradiol và chỉ số nội tiết tố nam testosterone để đánh giá hoạt động của buồng trứng và tình trạng rối loạn nội tiết trong cơ thể do hội chứng buồng trứng đa nang gây ra. Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể cho bệnh nhân thực hiện test dung nạp đường huyết bằng cách cho bệnh nhân uống nước đường và sau đó định lượng nồng độ đường trong máu ở các thời điểm khác nhau để chẩn đoán tiểu đường do đề kháng insulin của bệnh nhân.

Bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang thường có nồng độ nội tiết LH và chỉ số testosterone tăng cao. Cả hai rối loạn tăng nội tiết này góp phần gây ra biểu hiện lâm sàng như kể trên và ức chế hoạt động phóng noãn của buồng trứng. Bệnh nhân người Việt Nam thường có tăng LH nhiều hơn tăng chỉ số nội tiết tố nam.

Siêu âm chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang

Siêu âm là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang. Siêu âm thường được làm qua ngả âm đạo để thấy được hình ảnh hai buồng trứng rõ ràng nhất. Thời điểm thực hiện siêu âm là vào đầu chu kỳ kinh ở những bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang mà vẫn còn có kinh hoặc vào thời điểm bất kỳ nếu bệnh nhân bị vô kinh. Siêu âm chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang bằng cách đếm các nang noãn nhỏ trên buồng trứng, xem kiểu phân bố của các nang noãn trên buồng trứng và đo thể tích buồng trứng.





Hình 6.4 Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

Hình ảnh buồng trứng đa nang được xác định khi có từ 12 nang nhỏ (dưới 10mm) trở lên trên một buồng trứng hay thể tích buồng trứng đo được trên 10ml. Hình ảnh buồng trứng đa nang xảy ra khá phổ biến ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang, khoảng 90% các trường hợp. Cần lưu ý hình ảnh buồng trứng đa nang không phải là hội chứng buồng trứng đa nang, vì hội chứng này là một tập hợp gồm những rối loạn khác kèm theo. Chỉ những bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang mới có các vấn đề sức khỏe cần điều trị. Hình ảnh buồng trứng đa nang đơn thuần không phải là bệnh, hình ảnh này thường thấy ở các phụ nữ trẻ hay phụ nữ đang dùng thuốc ngừa thai.

CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm thay đổi rất khác nhau ở các bệnh nhân bị hội chứng buồng trứng đa nang. Không phải ai cũng có đầy đủ các triệu chứng kể trên, do đó, các chuyên gia trên thế giới trong lĩnh vực này đã thống nhất một tiêu chuẩn để chẩn đoán một bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang.



Một bệnh nhân được chẩn đoán là có hội chứng buồng trứng đa nang khi có 2 trong 3 các biểu hiện sau: (1) Rối loạn kinh nguyệt: kinh thưa hay vô kinh; (2) Biểu hiện của tăng nội tiết tố nam: được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng như béo phì, rậm lông, hói đầu kiểu nam giới, mụn mặt hay dựa trên xét nghiệm nội tiết thấy có tăng chỉ số nội tiết tố nam testosterone; (3) Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN CHO BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Hiếm muộn do hội chứng buồng trứng đa nang là do tình trạng rối loạn hay không phóng noãn. Các biện pháp điều trị hiếm muộn ở các bệnh nhân này có mục đích là gây phóng noãn ở buồng trứng, có thể là những biện pháp không dùng thuốc, dùng thuốc hay phẫu thuật.

Giảm cân

Đây là một biện pháp không dùng thuốc. Giảm cân cần được thực hiện nếu bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang có béo phì. Giảm cân được thực hiện bằng cách kiểm soát chế độ ăn và tăng vận động cơ thể. Giảm cân khoảng 5% trọng lượng cơ thể giúp cải thiện tình trạng phóng noãn, giảm sẩy thai và giảm các biến chứng của thai kỳ.

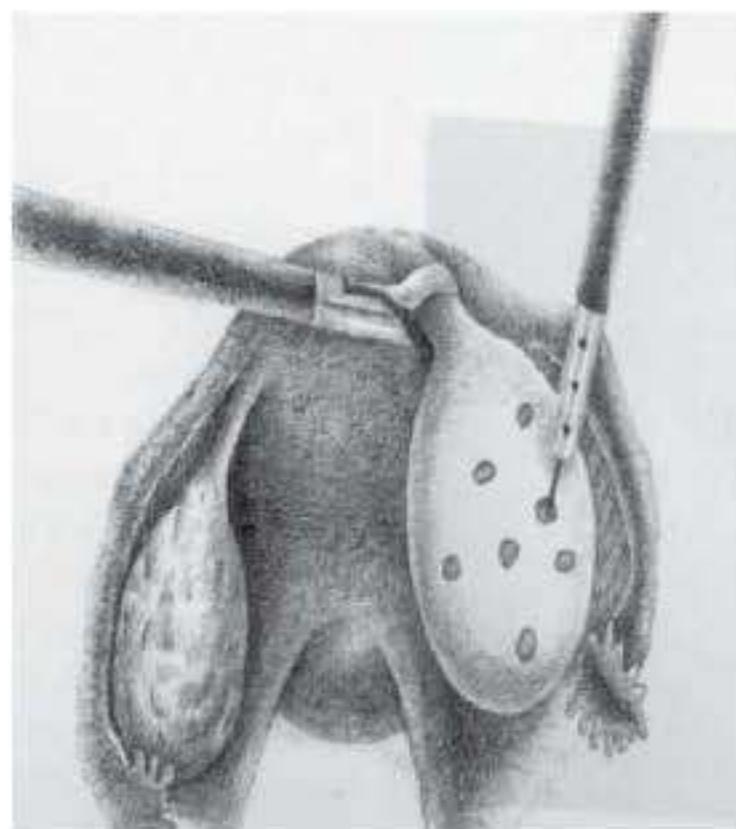
Dùng thuốc gây phóng noãn

Có nhiều loại thuốc gây phóng noãn khác nhau được sử dụng cho bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang, có thể là thuốc uống hay thuốc tiêm. Mục tiêu của dùng thuốc gây phóng noãn ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang là tạo được sự phát triển và phóng noãn của một nang noãn trên buồng trứng để bệnh nhân có thai mà hạn chế được các biến chứng của dùng thuốc như quá kích buồng trứng hay đa



thai. Dùng thuốc gây phóng noãn cho các bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang cần được thực hiện và theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm để đạt hiệu quả mà an toàn và giảm thiểu các biến chứng cho bệnh nhân.

Thuốc uống được sử dụng đầu tay là clomiphene citrate. Khi thất bại 3 chu kỳ với thuốc uống, bệnh nhân sẽ được dùng thuốc tiêm gây phóng noãn. Thuốc tiêm gây phóng noãn có thành phần là gonadotrophin. Thuốc tiêm thường được bác sĩ cho sử dụng với liều rất thấp ban đầu, sau đó, tăng liều từ từ cho đến khi đạt được một nang noãn phát triển và phóng noãn. Khi sử dụng thuốc tiêm, bệnh nhân cần được theo dõi sát bằng siêu âm để đánh giá sự phát triển của nang noãn buồng trứng và hạn chế biến chứng. Tỉ lệ có thai của thuốc tiêm cao hơn gấp 2-3 lần so với thuốc uống, tuy nhiên nguy cơ biến chứng cũng nhiều hơn, do đó, bệnh nhân cần theo đúng hướng dẫn dùng thuốc và theo dõi của bác sĩ chuyên khoa.



Hình 6.5 Nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang.

Phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang

Đốt điểm buồng trứng đa nang qua nội soi là việc chọc đốt một vài lỗ trên bề mặt buồng trứng nhằm thay đổi môi trường nội tiết trong buồng trứng, phục hồi phóng noãn cho bệnh nhân. Biến chứng của phẫu thuật này gồm dính sau mổ hay suy



buồng trứng sau đốt điểm do chọc đốt quá nhiều, quá sâu với thời gian lâu trên buồng trứng. Do đó, phẫu thuật này cần được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm nội soi. Hiệu quả gây phóng noãn của phẫu thuật này so với dùng thuốc vẫn còn chưa rõ. Khoảng 50% bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng mà không có thai, bác sĩ sẽ kết hợp dùng thuốc gây phóng noãn để điều trị hiếm muộn.

Thụ tinh trong ống nghiệm

Thụ tinh trong ống nghiệm được thực hiện khi bệnh nhân thất bại với các phương pháp điều trị gây phóng noãn bằng thuốc hay phẫu thuật hay khi bệnh nhân có kết hợp với các nguyên nhân gây hiếm muộn khác như tổn thương vòi trứng hay tinh trùng chồng bị yếu. Tỉ lệ có thai của thụ tinh ống nghiệm cao, khoảng 40% cho một chu kỳ thực hiện. Tuy nhiên với bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang, thụ tinh trong ống nghiệm thường gây nguy cơ quá kích buồng trứng cao hơn các đối tượng bệnh nhân khác. Do đó, việc chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng để làm thụ tinh trong ống nghiệm là rất quan trọng, cần được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Trưởng thành trứng trong ống nghiệm

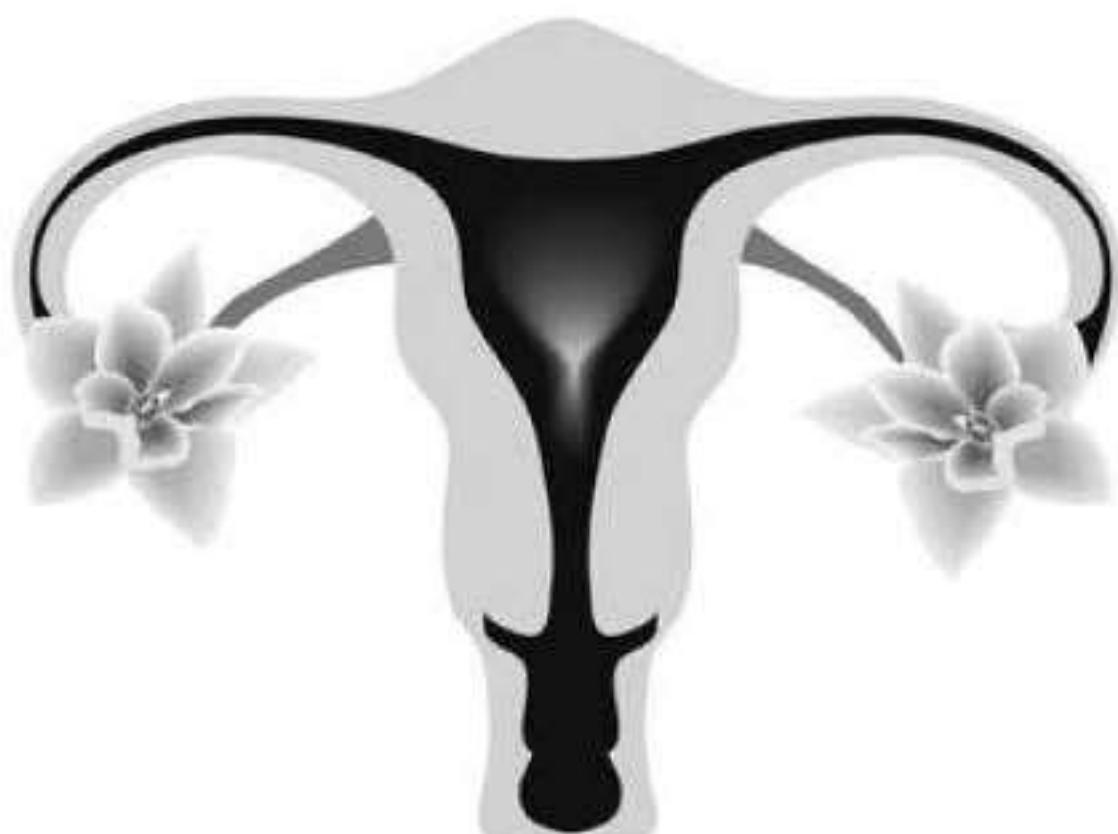
Đây là một kỹ thuật có nhiều ưu điểm hơn thụ tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang. Với kỹ thuật này, bệnh nhân không cần dùng thuốc kích thích buồng trứng, bác sĩ sẽ chọc hút lấy các trứng non trong các nang nhỏ ở buồng trứng ra ngoài cơ thể, nuôi trưởng thành trong ống nghiệm, cho gặp với tinh trùng để tạo phôi, sau đó chuyển phôi trở lại vào buồng tử cung của người phụ nữ. Việc không dùng thuốc kích thích buồng trứng của kỹ thuật này giúp giảm chi phí thực hiện kỹ thuật xuống còn phân nửa so với thụ tinh trong ống nghiệm và an toàn cho bệnh nhân vì tránh được biến chứng quá kích buồng trứng do dùng thuốc. Tỉ lệ có thai của kỹ thuật trưởng

thành trúng trong ống nghiệm cho bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang cao gần bằng thụ tinh trong ống nghiệm, khoảng 30-35% cho một chu kỳ thực hiện.

Tóm lại, điều trị hiếm muộn cho bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang gồm nhiều biện pháp khác nhau, từ những can thiệp đơn giản như giảm cân đến các kỹ thuật cao như thụ tinh trong ống nghiệm hay trưởng thành trứng trong ống nghiệm. Điều trị hiếm muộn ở các bệnh nhân này cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa và bệnh nhân cần được theo dõi cẩn thận để đạt được hiệu quả cao nhất mà giảm thiểu các biến chứng của điều trị.



Lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn



Lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn

BS. Vương Thị Ngọc Lan

Lạc nội mạc tử cung là một bệnh lý đặc trưng bởi sự hiện diện của mô nội mạc tử cung ở các nơi bên ngoài buồng tử cung như ổ bụng, buồng trứng, ruột,... Bình thường, buồng tử cung được lót bằng lớp nội mạc tử cung, lớp nội mạc tử cung này bong ra hàng tháng gây hiện tượng hành kinh của người phụ nữ. Ở một số phụ nữ, do sự trào ngược của máu kinh vào ổ bụng, lớp nội mạc tử cung này làm tổ ở các nơi khác sẽ gây bệnh lý lạc nội mạc tử cung.

Lạc nội mạc tử cung gây đau cho bệnh nhân, nhất là đau bụng khi hành kinh và gây hiếm muộn. Lạc nội mạc tử cung là một bệnh lý phụ khoa khá thường gặp, xảy ra khoảng 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tuy nhiên, ở các phụ nữ có đau bụng kinh nặng, lạc nội mạc tử cung được ghi nhận vào khoảng 25-35%. Ở các bệnh nhân hiếm muộn, lạc nội mạc tử cung xảy ra nhiều hơn, vào khoảng 30-40% các trường hợp.

TRIỆU CHỨNG CỦA LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Đau: là biểu hiện phổ biến nhất của lạc nội mạc tử cung. Mức độ đau, thời điểm hay vị trí đau có liên quan đến độ nặng và vị trí làm tổ của các súng thương lạc nội mạc tử cung.



- Đau bụng khi hành kinh là triệu chứng thường gặp nhất, xảy ra ở khoảng 75% bệnh nhân. Đau bụng thường bắt đầu vài ngày trước hành kinh và kéo dài trong thời gian hành kinh. Đau bụng được bệnh nhân mô tả là “sâu trong cơ thể”, có thể tăng dần về cường độ và thời gian. Đau bụng kinh là do hiện tượng sưng lên và rỉ máu tại các vị trí làm tổ của các sang thương lạc nội mạc tử cung trong ổ bụng. Ngoài ra, các sang thương này cũng sản xuất ra chất prostaglandins làm tăng nhạy cảm của các dây thần kinh với các kích thích đau. Nếu lạc nội mạc tử cung có ở trên buồng trứng, đau bụng có thể xảy ra quanh thời điểm phóng noãn.
- Đau bụng khi đại tiện hay tiểu tiện xảy ra khi lạc nội mạc tử cung ở các giai đoạn nặng. Sang thương lạc nội mạc tử cung tại ruột làm cho bệnh nhân có cảm giác mắc rặn, đi tiêu phân có máu. Sang thương ở bàng quang làm bệnh nhân tiểu máu.
- Giao hợp đau thường xảy ra khi các sang thương làm tổ vào các cấu trúc phía sau tử cung. Đây cũng là một triệu chứng khá thường gặp, xảy ra khoảng 32% bệnh nhân.

Xuất huyết tử cung bất thường: dưới dạng kinh thưa hay rong kinh rong huyết. Nguyên nhân của xuất huyết tử cung bất thường do buồng trứng không hoạt động phóng noãn ở các trường hợp lạc nội mạc tử cung nặng.

Hiếm muộn: tần suất lạc nội mạc tử cung cao gấp 3 lần ở các bệnh nhân hiếm muộn so với người bình thường.

Không triệu chứng

Một số bệnh nhân có lạc nội mạc tử cung nhưng không hề có triệu chứng nào. Bệnh nhân tình cờ được phát hiện lạc nội mạc tử cung khi thực hiện phẫu thuật nội soi khảo sát trong hiếm muộn.



CHẨN ĐOÁN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Các triệu chứng của lạc nội mạc tử cung chỉ có giá trị gợi ý bệnh nhân có lạc nội mạc tử cung. Chẩn đoán lạc nội mạc tử cung bằng cách trực tiếp quan sát các sang thương lạc nội mạc tử cung qua phẫu thuật nội soi là phương pháp chính xác nhất. Ngoài ra, nội soi còn giúp chẩn đoán độ nặng, giúp tiên lượng sự phát triển của bệnh và khả năng có thai của bệnh nhân sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật nội soi, lạc nội mạc tử cung ở bệnh nhân được chia làm 4 mức độ (theo phân loại của Hiệp hội Y học sinh sản Hoa Kỳ) là lạc nội mạc tử cung tối thiểu, nhẹ, trung bình và nặng. Việc phân độ của lạc nội mạc tử cung chủ yếu giúp bác sĩ chọn lựa phương pháp điều trị hiến muộn phù hợp cho bệnh nhân sau mổ.

Siêu âm cũng là một phương tiện hữu ích giúp phát hiện nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định, bệnh nhân cần được thực hiện phẫu thuật nội soi.



Hình 7.1 Nang lạc nội mạc tử cung được phát hiện qua siêu âm (mũi tên).



Ngoài ra, một số nghiên cứu còn thực hiện định lượng CA-125 trong máu ở các bệnh nhân có lạc nội mạc tử cung. Nồng độ của chất này tăng trong khoảng 90% bệnh nhân lạc nội mạc tử cung có biểu hiện đau, nhưng chỉ tăng ở khoảng 10% bệnh nhân không có triệu chứng đau.

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ HIẾM MUỘN

Hiếm muộn là một trong những hậu quả của lạc nội mạc tử cung. Lạc nội mạc tử cung làm rối loạn sự phát triển nang noãn, ức chế hoạt động phóng noãn bình thường, ảnh hưởng đến sự di chuyển của tinh trùng trong đường sinh dục nữ và thay đổi các chất tiết trong ổ bụng và vòi trứng tạo thành môi trường độc hại cho tinh trùng và noãn.

Cơ chế gây nên các ảnh hưởng trên chủ yếu là do hiện tượng dính trong ổ bụng, sự phóng thích các chất tiết độc hại từ các sẹo sang thương lạc nội mạc tử cung và sự thay đổi hệ thống miễn dịch của cơ thể ở các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung.

Dính

Lạc nội mạc tử cung trong vùng chậu gây co kéo màng bụng, hình thành các sẹo ở màng bụng, gây dính nặng trong vùng chậu. Vòi trứng và buồng trứng có thể bị dính vào màng bụng, hay dính vào nhau làm cho các cơ quan này giảm nhu động, hoạt động phóng noãn và đón bắt noãn đưa vào vòi trứng không tốt. Ngoài ra, lạc nội mạc tử cung còn gây tổn thương và/hoặc tắc lòng vòi trứng, ngăn chặn sự vận chuyển phôi dọc theo vòi trứng vào buồng tử cung.

Tăng tiết chế prostaglandins

Một cơ chế khác cũng có thể gây hiếm muộn là do sự tăng chế tiết prostaglandins của mô lạc nội mạc tử cung. Chất này có vai trò quan trọng trong sự co thắt tử cung và vòi trứng. Trong chu kỳ kinh bình



thường, sự co thắt nhẹ cơ tử cung và vòi trứng sẽ hỗ trợ sự di chuyển của noãn và tinh trùng tới vị trí 1/3 ngoài của vòi trứng, nơi thụ tinh xảy ra. Ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung, sang thương lạc nội mạc tử cung chế tiết prostaglandins quá nhiều, gây co thắt quá mạnh, tổng xuất noãn quá nhanh từ buồng trứng, do đó ảnh hưởng đến quá trình thụ tinh.

Thay đổi hệ thống miễn dịch

Để thụ thai, tinh trùng phải xâm nhập vào cơ thể người phụ nữ. Tinh trùng được coi như là "vật thể lạ" với hệ thống miễn dịch của cơ thể người phụ nữ. Một người phụ nữ có thai nghĩa là hệ thống miễn dịch của cơ thể người phụ nữ đó phải chấp nhận "vật thể lạ" ở trong cơ thể mình trong khoảng 9 tháng. Có một số cơ chế đặc biệt bảo vệ hệ thống miễn dịch của cơ thể là "vật thể lạ" không nguy hiểm, để các tế bào miễn dịch của cơ thể không tiêu diệt tinh trùng và phôi được tạo thành bởi tinh trùng và noãn. Ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung, hệ thống miễn dịch bị rối loạn, các tế bào miễn dịch của cơ thể tấn công, tiêu hủy tinh trùng và phôi gây hiến muộn.

ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIẾM MUỘN CÓ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Điều trị bệnh nhân hiếm muộn có lạc nội mạc tử cung không có phác đồ chung mà phải xem xét cụ thể từng trường hợp tùy theo độ nặng của lạc nội mạc tử cung, vị trí của sang thương lạc nội mạc tử cung, có hay không triệu chứng đau kèm theo, tuổi của phụ nữ, thời gian hiếm muộn và các nguyên nhân hiếm muộn khác kết hợp như tinh trùng ít, di động yếu,...

Điều trị nội khoa: là phương pháp dùng thuốc dưới dạng uống hay tiêm nhằm ức chế sự phát triển nang noãn, gây không phóng noãn và vô kinh, do đó, làm thu nhỏ lại các sang thương lạc nội mạc tử cung.



Điều trị nội khoa thường có hiệu quả trong giảm đau do lạc nội mạc tử cung chứ không cải thiện khả năng có thai của bệnh nhân hiếm muộn. Một số nghiên cứu ghi nhận dùng thuốc dạng tiêm ở các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung mức độ trung bình - nặng trong khoảng 3 tháng, trước khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm ở các bệnh nhân này, có thể giúp cải thiện kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm.

Điều trị ngoại khoa: thường được chỉ định trong các trường hợp lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng thường đáp ứng rất kém với điều trị nội khoa. Phẫu thuật nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung thường được thực hiện trong các trường hợp này. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung cũng có một vài nguy cơ, có thể ảnh hưởng đến điều trị hiếm muộn như làm giảm số lượng noãn duy trú trong buồng trứng hay suy buồng trứng hoàn toàn sau phẫu thuật. Do đó, theo khuyến cáo của Hiệp hội Sinh sản người và Phôi học châu Âu và Mỹ, phẫu thuật nội soi chỉ được thực hiện khi khối u ở buồng trứng có kích thước lớn hơn 4cm hay khi có các dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên siêu âm hay xét nghiệm máu. Phẫu thuật nội soi không được chỉ định trong trường hợp lạc nội mạc tử cung tái phát vì chưa có bằng chứng cho thấy cải thiện kết quả có thai ở bệnh nhân và hon nua, nguy cơ suy buồng trứng và dính nặng sau phẫu thuật là rất cao.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản: thường được chỉ định để điều trị hiếm muộn cho các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Kích thích buồng trứng kết hợp với bơm tinh trùng vào buồng tử cung thường được thực hiện cho các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung nhẹ và tình trạng hai vòi trứng còn tốt. Thụ tinh trong ống nghiệm được chỉ định trong trường hợp lạc nội mạc tử cung trung bình và nặng. Kết quả có thai thường tốt nếu bệnh nhân còn trẻ dưới 38 tuổi.



Tuổi phụ nữ và khả năng sinh sản



Tuổi phụ nữ và khả năng sinh sản

BS. Phùng Huy Tuân

Diều kiện tiên quyết để một cặp vợ chồng có thai là phải có sự kết hợp giữa tinh trùng và noãn để tạo thành phôi thai. Ở nam giới, quá trình sản xuất tinh trùng diễn ra suốt đời, trong khi ở nữ giới, noãn ngày một mất đi mà không được sản xuất thêm, do đó, khả năng sinh sản sẽ giảm dần theo thời gian. Khả năng sinh sản ở phụ nữ phụ thuộc vào số lượng nang noãn còn hiện diện bên trong buồng trứng.

QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH NANG NOÃN Ở BUỒNG TRỨNG

Nang noãn là một cấu trúc dạng nang, bên trong có chứa dịch nang và noãn. Khả năng thụ tinh và phát triển của noãn chỉ đạt được sau một thời gian dài phát triển và biệt hóa trong nang noãn. Quá trình này bắt đầu từ rất sớm trong phôi thai đến khi phóng noãn ở phụ nữ. Khi bé gái chào đời, số lượng nang noãn ở buồng trứng khoảng một triệu. Toàn bộ số noãn này sẽ liên tục giảm đi, còn khoảng 500 ngàn vào tuổi dậy thì và hết hẳn khi đến tuổi mãn kinh.

Do đó, phụ nữ sinh ra với lượng nang noãn cố định, không sinh sản thêm và giảm dần theo thời gian. Tuổi càng lớn, số lượng nang này càng giảm đi. Dưới ảnh hưởng của nội tiết cơ thể, mỗi chu kỳ kinh nguyệt thường chỉ có một nang noãn phát triển, trưởng thành và phóng noãn vào khoảng giữa chu kỳ. Tuy bị giới hạn về số lượng, số nang noãn đều trên hoàn

toàn đủ để người phụ nữ hoàn thành chức năng sinh sản trong suốt cuộc đời mình.

TUỔI NGƯỜI PHỤ NỮ VÀ SỐ LƯỢNG NANG NOĀN Ở BUỒNG TRỨNG

Số lượng nang noān không hề tăng thêm mà bị giảm đi theo tuổi. Vào giai đoạn cuối của độ tuổi sinh sản, số lượng nang noān chỉ còn ít và đa phần có những bất thường trong cấu trúc cũng như chức năng. Do đó, khả năng có thai ở phụ nữ lớn tuổi sẽ giảm và tỉ lệ phôi thai bất thường về di truyền tăng cao dẫn đến tăng tỉ lệ sẩy thai, thai lưu và tăng tỉ lệ sinh con bị dị tật, chậm phát triển trí tuệ. Những thống kê về dân số cho thấy khả năng sinh sản ở người phụ nữ giảm rõ rệt khi quá 35 tuổi và hầu như rất ít phụ nữ sinh con khi quá 40 tuổi, mặc dù kinh nguyệt chỉ thực sự chấm dứt khoảng độ tuổi 45-50. Theo nhiều thống kê cho thấy, tỉ lệ có thai giảm từ 50% ở phụ nữ dưới 30 tuổi xuống còn 10% ở phụ nữ trên 40 tuổi và dưới 1% phụ nữ trên 45 tuổi, tính theo tất cả nguyên nhân gây hiếm muộn.

Vai trò của yếu tố tuổi càng thể hiện rõ rệt hơn qua kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm xin trứng. Với kỹ thuật này, noān của một người cho trẻ tuổi được sử dụng để tạo phôi giúp tăng tỉ lệ thành công trên 50% cho một phụ nữ lớn tuổi. Do đó, có thể nói tuổi là một yếu tố quan trọng nhất để tiên lượng về khả năng sinh sản của người phụ nữ. Tuổi thể hiện một phần chức năng hoạt động và dự trữ của buồng trứng. Tuổi có thai thích hợp nhất cho người phụ nữ, về mặt sinh học, là khoảng 20-30 tuổi. Trên 30 tuổi khả năng có thai bắt đầu giảm. Từ 35 tuổi, khả năng có thai giảm rất nhanh, kèm theo là tăng các tỉ lệ tai biến trong khi mang thai, sinh nở. Đặc biệt, sau 40 tuổi, khả năng có thai đã giảm rất thấp, trên 1/3 phụ nữ ở tuổi này không còn khả



năng sinh con. Cùng với sự phát triển của TTTON, người ta thấy rằng đối với các phụ nữ trên 40 tuổi, đã bắt đầu có dấu hiệu suy yếu buồng trứng thì việc sử dụng noãn của chính mình để điều trị hiếm muộn sẽ tốn nhiều chi phí cho việc kích thích buồng trứng, khả năng thành công thấp, tỉ lệ bất thường thai kỳ và bất thường ở em bé cao. Theo xu hướng chung hiện nay trên thế giới, sau khi xem xét các vấn đề về tuổi của người mẹ, khả năng thành công, chi phí điều trị, sức khỏe em bé, việc xin trứng làm TTTON là giải pháp kinh tế, hiệu quả và an toàn nhất cho các phụ nữ trên 40 tuổi có suy giảm chức năng buồng trứng.

CÁC KHẢO SÁT ĐỂ BIẾT SỐ LƯỢNG NANG NOÃN CÒN LẠI TRONG BUỒNG TRỨNG VÀ ĐÁP ỨNG CỦA BUỒNG TRỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

Tuổi phụ nữ

Tuổi là yếu tố đầu tiên giúp tiên đoán khả năng sinh sản của phụ nữ. Tuổi càng cao, khả năng sinh sản của phụ nữ càng giảm. Bên cạnh đó, một số khảo sát dưới đây sẽ giúp dự đoán chính xác hơn về khả năng đáp ứng của buồng trứng tốt hay kém khi kích thích buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản.

Siêu âm đếm nang noãn thứ cấp

Thực hiện đầu chu kỳ vào ngày 2 hoặc 3 của chu kỳ kinh. Siêu âm đếm số nang hiện diện trên 2 buồng trứng. Tổng số nang ở 2 buồng trứng dưới 6 nang dự đoán khả năng đáp ứng buồng trứng kém, từ 6 đến 12 nang là trung bình và trên 12 nang có nguy cơ quá kích buồng trứng khi kích thích buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản.



Xét nghiệm nội tiết cơ bản đầu kỳ kinh

Xét nghiệm định lượng nồng độ FSH, LH và estradiol đầu chu kỳ giúp dự đoán đáp ứng của buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản. Nồng độ FSH trung bình đầu chu kỳ từ 5-8 IU/L, nồng độ FSH cao trên 10 IU/L dự đoán khả năng đáp ứng kém của buồng trứng.

Tuổi phụ nữ càng cao khả năng sinh sản càng giảm. Khả năng sinh sản bắt đầu giảm sau 30 tuổi, đặc biệt giảm rõ rệt khi phụ nữ trên 35 tuổi. Phụ nữ trên 40 tuổi, do chức năng buồng trứng đã suy giảm về số lượng lân chất lượng nên khả năng có thai rất thấp và nếu có thai, nguy cơ sẩy thai cũng như sinh con bất thường sẽ cao hơn.

Xét nghiệm AMH

AMH (Anti-Müllerian Hormone) là một loại nội tiết tố được buồng trứng tiết ra từ tuần 36 của thai kỳ và kéo dài cho đến tuổi mãn kinh. AMH hiện diện ở tế bào hạt của các nang noãn buồng trứng. Xét nghiệm AMH giúp đánh giá số lượng nang noãn còn lại chia hoạt động của buồng trứng. Khác với xét nghiệm FSH, AMH có thể thực hiện bất kỳ ngày nào của chu kỳ kinh. Hiện nay, AMH được đánh giá là xét nghiệm có độ chính xác cao nhất trong việc đánh giá dự trữ buồng trứng của người phụ nữ.



Nạo phá thai và hiếm muộn



Nạo phá thai và hiếm muộn

BS. Lê Tiểu My

Nạo phá thai được thực hiện khi một phụ nữ mang thai ngoài ý muốn. Trong đa số các trường hợp, nạo phá thai được thực hiện khi thai dưới 12 tuần, trừ những trường hợp thai chết lưu trong tử cung hay thai đa dị tật bẩm sinh phát hiện trễ (khi thai đã lớn trên 12 tuần). Nạo phá thai khi tuổi thai càng lớn thì càng có nhiều tai biến và biến chứng. Tùy vào tuổi thai, có những biện pháp khác nhau để bỏ thai. Các biện pháp này chia thành hai nhóm, thủ thuật ngoại khoa (hút, nạo, nong và hút, nong và nạo...) và phá thai bằng thuốc (gồm các thuốc tạo co tử cung tổng xuất thai ra ngoài, giục sinh non hay thuốc làm thai chết và thoái hóa). Đối với thai nhỏ dưới 2 tháng có thể sử dụng thuốc để phá thai. Những thai lớn hay khi phá thai bằng thuốc thất bại thì phải lấy thai bằng thủ thuật.

TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CÓ THỂ GẶP KHI NẠO PHÁ THAI

Nạo phá thai có thể có một số tai biến và biến chứng. Ngoài các biến chứng xảy ra tức thì lúc nạo thai như thủng tử cung, chảy máu nhiều, thủng ruột,... nạo phá thai còn có thể gây ảnh hưởng đến các thai kỳ tiếp theo như sẩy thai, sinh non... Các tai biến xảy ra nhiều nếu việc nạo phá thai được thực hiện bởi nhân viên y tế chưa qua tập huấn, đào tạo và thực hiện không đúng kỹ thuật, không vô trùng.



Tai biến thường gặp nhất là NHIỄM TRÙNG do dụng cụ nạo phá thai không sạch, kỹ thuật làm không vô trùng. Nhiễm trùng có thể xảy ra sớm sau nạo thai, biểu hiện đầu tiên là mệt mỏi, sốt kèm đau bụng dưới. Biến chứng nặng nhất là nhiễm trùng máu, bệnh nhân có thể chết do nhiễm trùng nặng, sốc nhiễm trùng.

CHẢY MÁU NHIỀU là tai biến có thể xảy ra khi phá thai, kể cả phá thai bằng thuốc hay thủ thuật đều gặp. Chảy máu có thể do thủng tử cung, tổn thương mạch máu không thể tự cầm. Ở những bệnh nhân thiếu máu, có bệnh lý rối loạn đông máu sẵn mà không được phát hiện trước khi phá thai, bệnh nhân có thể gặp biến chứng này. Thường gặp nhất trong những trường hợp chảy máu là do thủng tử cung. Ở phụ nữ mang thai, tử cung rất mềm, nhiều mạch máu nuôi thai, dụng cụ nạo thai dễ làm thủng tử cung, hoặc là không khám kỹ, không phát hiện tử cung có vị thế bất thường. Khi dụng cụ xuyên qua tử cung, ngoài thủng tử cung còn có thể gây tổn thương các cơ quan trong ổ bụng gần tử cung như ruột non, trực tràng, bàng quang...

Sau khi nạo phá thai nếu thấy ra máu kéo dài, chúng ta nên nghĩ đến SÓT NHAU hay SÓT CÁC PHẦN THAI do hút nạo lấy không hết các phần thai ra ngoài. Nhiều trường hợp sót xương thai, lâu ngày, xương gãm chặt vào cơ tử cung. Sót nhau thai thường gây chảy máu dai dẳng, nhiễm trùng... Rất khó để người bệnh tự biết có sót nhau hay sót thai hay không, vì khi ra máu âm đạo, bệnh nhân thường nghĩ là do rối loạn kinh nguyệt sau nạo phá thai. Vì vậy, sau nạo phá thai, cần kiểm tra lại bằng siêu âm 2-3 tuần sau đó để phát hiện sót nhau hay còn nguyên khối thai, nhất là trường hợp phá thai bằng thuốc. Tùy trường hợp, bệnh nhân có thể được uống thuốc, đặt thuốc hay nạo buồng tử cung lại để lấy hết thai ra ngoài.

HỎ EO TỬ CUNG cũng là biến chứng thường gặp sau nạo phá thai do nong cổ tử cung làm cổ tử cung giãn không hồi phục. Thai càng lớn,



nong cổ tử cung càng phải rộng để lấy thai. Có đến 2/3 trường hợp nong cổ tử cung trên 11mm làm cổ tử cung hở, gây sẩy thai liên tiếp, sẩy thai to, sinh non... ở các thai kỳ sau.

Ở những phụ nữ có tiền sử nạo phá thai, khi mang thai lại, nguy cơ THAI NGOÀI TỬ CUNG tăng lên. Thai ngoài tử cung là thai không bám trong buồng tử cung như bình thường mà bám ở vị trí khác, thường là ở vòi trứng. Nguyên nhân chủ yếu gây thai ngoài tử cung sau nạo phá thai là do viêm dinh vùng chậu, vòi trứng bị dính, không di chuyển linh hoạt nên không thể đưa noãn sau khi thụ tinh vào buồng tử cung như bình thường. Ngoài ra, nạo phá thai tạo thành "sẹo" trong lòng tử cung, thai vào đến buồng tử cung có khuynh hướng bám ở góc, ở gần cổ tử cung... Thai ngoài tử cung đa số không thể sống được, khi thai vỡ gây chảy máu nhiều, phải phẫu thuật để lấy thai ra. Mổ thai ngoài tử cung nếu không bảo tồn được vòi trứng phải cắt vòi trứng, làm giảm khả năng có thai sau này. Ngoài ra, nếu có thai phát triển được trong lòng tử cung thì cũng có nguy cơ NHAU BÁM THẤP. Nguyên nhân được cho là khi nạo lòng tử cung, lớp nội mạc tử cung bị tổn thương ở phần trên tử cung, khi mang thai trở lại, thai không thể bám ở vị trí bình thường mà bám thấp hơn, gây tình trạng nhau bám thấp hay nhau tiền đạo. NHAU TIỀN ĐAO dễ gây chảy máu khi mang thai và phải mổ lấy thai.

Một trong những nguy cơ cũng gặp ở người đã từng phá thai là SINH NON. Nguy cơ sinh non tùy thuộc vào số lần nạo phá thai, phá thai nhiều lần, nguy cơ càng cao. Trẻ sinh non thường tử vong sau sinh, chậm phát triển tâm thần - vận động và mắc các bệnh của trẻ sinh non như mù mắt, điếc tai,...

NẠO PHÁ THAI VÀ HIẾM MUỘN

Nạo phá thai có thể gây hiếm muộn hay không tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nguy cơ hiếm muộn sau nạo phá

thai ở phụ nữ chưa con cao hơn những người đã từng sinh con. Có nhiều nguyên nhân gây hiềm muộn ở phụ nữ sau nạo phá thai. Một số nguyên nhân có thể kể đến như sau.

Cắt tử cung do tai biến cấp sau nạo phá thai

Hầu hết là do nhiễm trùng, thủng, rách tử cung hay tổn thương các mạch máu lớn gây chảy máu nhiều, không cầm được. Sau thủ thuật bỏ thai, nếu bệnh nhân sốt cao liên tục, có dấu hiệu viêm vùng chậu (đau bụng dưới, sốt, mệt mỏi...), mất máu nhiều phải truyền máu... thì có đến 88% phải phẫu thuật và cắt tử cung. Cắt tử cung đôi khi là chọn lựa duy nhất vì nếu không bệnh nhân sẽ tử vong vì xuất huyết trong ổ bụng hay viêm phúc mạc.

Viêm nhiễm vùng chậu

Bất kỳ những thủ thuật nào liên quan đến nong cổ tử cung đều có thể gây viêm vùng chậu do đưa vi khuẩn từ âm đạo, cổ tử cung đến các cơ quan vùng chậu. Một số nghiên cứu đã kết luận rằng "viêm vùng chậu là tai biến thường gặp nhất của nạo thai" gây đau bụng dưới kéo dài, tái đi tái lại nhiều lần. Viêm vùng chậu dẫn đến viêm dính, tắc vòi trứng, gây hiềm muộn. Viêm dính vòi trứng dễ đưa đến thai ngoài tử cung. Viêm dính vùng chậu do nhiễm Chlamydia trachomatis là thường gặp nhất. Phần lớn phụ nữ nhiễm Chlamydia trachomatis đều không được chẩn đoán do không có biểu hiện cụ thể.

Dính buồng tử cung

Nội mạc tử cung chia thành hai lớp, lớp đáy ở dưới và lớp chức năng ở trên. Lớp chức năng là lớp bị bong ra mỗi lần hành kinh, còn lớp đáy chịu trách nhiệm tái tạo lại lớp niêm mạc đã mất đi. Thủ thuật



nạo thai quá sâu làm mất hết lớp chức năng đến lớp đáy nội mạc tử cung sẽ gây dính buồng tử cung. Dính buồng tử cung không xảy ra tức thì sau khi nạo thai mà diễn biến từ từ, có thể không biểu hiện triệu chứng gì ngoài kinh ít hay không có kinh sau nạo thai. Nếu dính nhẹ, hầu hết bệnh nhân có thể có thai tự nhiên, tuy nhiên có khoảng 15% trường hợp thai tự sẩy do không thể bám được vào tử cung. Nếu dính nặng, khả năng có thai thấp hơn và tỉ lệ sẩy thai cao hơn nhiều. Có đến 68% phụ nữ hiếm muộn thứ phát khi nạo phá thai từ 2 lần trở lên.

Sót xương thai trong tử cung

Hiếm muộn do sót xương thai trong tử cung thường khó chẩn đoán và rất dễ bị bỏ sót. Phần thai bị sót có thể nằm trong nội mạc tử cung hay trong cơ tử cung, gây đau và khó chịu trước khi hành kinh, máu kinh ra nhiều. Các dấu hiệu này rất dễ bị bỏ qua khi bệnh nhân điều trị hiếm muộn. Có nhiều giả thiết lý giải sự liên quan giữa sót xương thai trong tử cung và hiếm muộn như sự ngăn cản thai bám vào tử cung, sẩy thai sớm do tăng chẽ tiết của chất gây co thắt tử cung từ mô thai bị sót,...

KẾT LUẬN

Nạo phá thai có biến chứng làm tăng nguy cơ hiếm muộn. Vì vậy, trong trường hợp chưa muốn có thai, bệnh nhân nên tham vấn với bác sĩ chuyên khoa để chọn cho mình một biện pháp ngừa thai thích hợp, hạn chế tối đa nạo phá thai.



Nguyên nhân hiếm muộn nam



Nguyên nhân hiếm muộn nam

BS. Đặng Quang Vinh

Nguyên nhân hiếm muộn của các cặp vợ chồng có thể đến từ người vợ, người chồng hay có thể phối hợp cả từ hai phía. Trong đó, khả năng làm cha của người đàn ông phụ thuộc rất lớn vào chất lượng tinh trùng có trong mỗi lần xuất tinh. Chất lượng tinh trùng có thể được khảo sát thông qua một xét nghiệm gọi là tinh dịch đồ. Trong xét nghiệm này, người ta sẽ đánh giá mật độ (số lượng tinh trùng có trong 1ml tinh dịch), tỉ lệ tinh trùng di động và tỉ lệ tinh trùng có hình dạng (phân đầu, phân cổ và đuôi) bình thường. Bất thường về tinh trùng có thể đơn thuần là bất thường số lượng (tinh trùng ít hay không có tinh trùng), tinh trùng yếu (di động kém), tinh trùng dị dạng hay kết hợp cả ba bất thường trên (ít, yếu và dị dạng).

CÁC NGUYÊN NHÂN HIẾM MUỘN NAM

Rối loạn nội tiết

Nhiều nguyên nhân có thể làm giảm chất lượng tinh trùng, trong đó, rối loạn hoạt động nội tiết trong cơ thể được xem là một bệnh lý mang tính hệ thống. Hoạt động sản xuất tinh trùng phụ thuộc rất lớn vào nội tiết. Bình thường, vùng hạ đồi và tuyến yên (hai cơ quan nằm trên não) sẽ tiết ra hai loại nội tiết là GnRH và FSH/LH. Dưới tác động của các chất này, tinh hoàn (một bộ phận nằm trong bìu) sẽ sản xuất ra testosterone, một chất cần thiết cho việc sản xuất tinh trùng. Bất kỳ



một nguyên nhân nào gây rối loạn hoạt động của hệ thống này đều có thể dẫn đến bất thường trong quá trình sinh tinh.

Suy vùng hạ đồi là một trong những nguyên nhân của rối loạn hoạt động nội tiết. Bệnh lý này có thể là bẩm sinh (ngay từ trong giai đoạn bào thai) hay mắc phải. Thường gặp trong hội chứng Kallmann, một bệnh lý có tính di truyền làm vùng hạ đồi hoàn toàn mất khả năng sản xuất GnRH, từ đó, tinh hoàn không tiết ra testosterone và dẫn đến không tinh trùng. Bên cạnh đó, tăng prolactin máu (một chất do tuyến yên tiết ra) cũng có thể làm ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh trùng. Đây là một dạng rối loạn hoạt động nội tiết, trong đó, bệnh nhân nam có thể có chảy sữa, ngực to, giảm ham muốn tình dục và kèm hiếm muộn. Nguyên nhân có thể là các bệnh lý thực thể như u tuyến yên, hay sử dụng một số loại thuốc điều trị các bệnh lý mãn tính trong thời gian dài.

Suy tinh hoàn cũng là một bệnh lý nằm trong nhóm rối loạn hoạt động nội tiết. Đây là tình trạng tinh hoàn ngưng không hoạt động sản xuất nội tiết (testosterone) và không tạo tinh trùng. Trong đa số các trường hợp, thăm khám lâm sàng và xét nghiệm nội tiết có thể xác định tình trạng suy tinh hoàn. Bất kỳ nguyên nhân nào phá vỡ các cấu trúc bên trong của tinh hoàn đều có thể gây ra suy tinh hoàn. Một số bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm siêu vi, nhất là quai bị là những nguyên nhân có thể thấy, và hậu quả để lại sẽ nặng nề hơn khi mắc bệnh sau tuổi dậy thì.

Bất thường tinh hoàn

Khi thăm khám một người chồng có bất thường tinh trùng (ít, yếu, dị dạng hay không có tinh trùng), bác sĩ có thể phát hiện không có tinh hoàn hay tinh hoàn ẩn. Tinh hoàn ẩn là những trường hợp tinh hoàn không nằm trong vị trí thông thường (ở bìu) mà nằm trong ổ bụng. Quá trình sinh tinh ở tinh hoàn phụ thuộc nhiều vào nhiệt độ, do đó, khi nằm trong ổ bụng, nhiệt độ cơ thể cao sẽ tác động xấu đến khả năng sinh tinh của tinh hoàn.



Giãn tĩnh mạch thừng tinh là một bệnh lý thường xuất hiện ở các bệnh nhân có bất thường tinh trùng. Vai trò của giãn tĩnh mạch thừng tinh trong hiếm muộn nam vẫn còn chưa được thống nhất, và sự ảnh hưởng thường chỉ xuất hiện rõ rệt trong những trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh rõ ràng trên lâm sàng. Bên cạnh đó, một số bệnh lý do khiếm khuyết cấu trúc bên trong tinh hoàn như hội chứng chỉ có tế bào Sertoli, hội chứng ngừng sinh tinh... cũng là các nguyên nhân gây hiếm muộn nam.

Tắc đường dẫn tinh

Bên cạnh các rối loạn hoạt động nội tiết hay các bất thường ở tinh hoàn, chất lượng tinh trùng còn phụ thuộc vào sự thông thương của hệ thống đường dẫn tinh, ống phóng tinh. Như đã trình bày, tinh trùng sau khi được sinh ra từ tinh hoàn sẽ phải qua một đoạn đường dài trong cơ thể người nam trước khi được phóng thích ra ngoài khi có hiện tượng xuất tinh. Đoạn đường này bao gồm mào tinh (là nơi tập trung tinh trùng sau khi được sản xuất), ống dẫn tinh và ống phóng tinh (đưa tinh trùng ra ngoài). Bất kỳ bất thường nào trong hệ thống đường dẫn này đều có thể dẫn đến hiếm muộn ở nam giới. Vị trí tắc của đường dẫn tinh thường gặp là mào tinh hay ống dẫn tinh. Đây có thể là hậu quả của các bệnh lý nhiễm trùng đường sinh dục hay sau khi người đàn ông đã thắt ống dẫn tinh (trong triệt sản nam) trước đây. Ngoài ra, có một tỉ lệ bệnh nhân bị bất sản ống dẫn tinh (không có ống dẫn tinh bẩm sinh) một hay hai bên. Đây là một bệnh lý có tính di truyền, thường kết hợp với một số biểu hiện về bệnh đường hô hấp.

Rối loạn xuất tinh

Trong một số trường hợp hệ thống đường dẫn tinh vẫn bình thường nhưng có rối loạn trong hoạt động chức năng, dẫn đến rối loạn xuất tinh. Trong xuất tinh ngược dòng, thay vì được phóng thích vào dương vật để được đưa ra ngoài, tinh trùng lại được đưa ngược vào bàng



quang (một bộ phận có chức năng chứa nước tiểu trong cơ thể). Nguyên nhân có thể do bệnh lý tiểu đường, tiền căn phẫu thuật niệu khoa ở vùng bàng quang ...

Rối loạn cương

Rối loạn cương dương vật cũng là một nguyên nhân dẫn đến hiếm muộn nam. Để hiện tượng xuất tinh có thể xảy ra, điều kiện tiên quyết là dương vật phải cương cứng. Rối loạn cương là một bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi, là tình trạng dương vật không thể cương hay cương không đủ cứng. Ngoại trừ nguyên nhân tuổi tác, rối loạn cương còn có thể là hậu quả của một số bệnh lý nội khoa, nhất là bệnh tiểu đường hay do yếu tố tâm lý.

Lối sống

Bên cạnh các rối loạn nói trên, một số thói quen trong sinh hoạt hay môi trường sống cũng có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng tinh trùng. Khói thuốc lá có chứa nhiều chất gây độc đối với khả năng sinh sản, có thể gây ra các tổn thương cho tinh trùng... Sử dụng rượu bia trong thời gian dài có thể gây độc trực tiếp đến tinh hoàn, chưa kể những tác động gián tiếp khi chức năng gan bị ảnh hưởng. Môi trường ô nhiễm hay môi trường làm việc quá nóng... đều có tác động xấu đến khả năng sinh tinh trùng. Ngoài ra, một số loại thuốc, khi sử dụng trong thời gian dài có thể ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh trùng như các loại thuốc ức chế miễn dịch, một số kháng sinh hay các thuốc điều trị bệnh lý tim mạch, tiểu đường...

Tóm lại, hiếm muộn nam là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng hiếm muộn của một cặp vợ chồng. Với trên 30% các trường hợp hiếm muộn có nguyên nhân từ phía người chồng, xét nghiệm tinh dịch đồ ở người chồng là cần thiết để có thể có hướng điều trị thích hợp.



Giãn tĩnh mạch thùng tinh



Giãn tĩnh mạch thùng tinh

BS. Vũ Nhật Khang

Giãn tĩnh mạch thùng tinh là sự giãn và xoắn bất thường của tĩnh mạch tinh đi trong đoạn thùng tinh. Đây là bệnh lý thường gặp ở nam giới, theo Tổ chức Y tế Thế giới, giãn tĩnh mạch thùng tinh xảy ra ở 12% nam giới có tinh dịch đồ bình thường và ở 25% nam giới có tinh dịch đồ bất thường.

Hầu hết các trường hợp giãn tĩnh mạch thùng tinh xảy ra ở bên trái (khoảng 90%), và một số ít còn lại xảy ra ở 2 bên.

Thùng tinh là một bó bao gồm tĩnh mạch, động mạch, thần kinh và các ống dẫn tinh nằm bên trong bìu. Bạn có thể sờ thấy thùng tinh khi dùng hai ngón tay bóp nhẹ vào phần giữa gốc dương vật và phần trên của bìu. Nếu bạn bị giãn tĩnh mạch thùng tinh thì các tĩnh mạch (mạch máu) trong bìu sẽ lớn hơn và giãn rộng ra. Bệnh lý này tương tự như bệnh lý giãn tĩnh mạch chi dưới thường gặp ở những người lớn tuổi.

NGUYÊN NHÂN CỦA GIÃN TĨNH MẠCH THÙNG TINH

Tĩnh mạch trong tinh hoàn có những van giúp đỡ cho máu đi về tim mà không chảy ngược lại. Nếu những van này không hoạt động hoặc bị suy yếu thì dòng máu sẽ chảy ngược vào trong các tĩnh mạch gây nên hiện tượng giãn tĩnh mạch thùng tinh. Cho đến nay, người ta vẫn chưa biết tại sao các van này không hoạt động.



AI CÓ THỂ MẮC BỆNH LÝ GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TỊNH

Như đã nói ở trên, đây là một bệnh lý thường gặp, khoảng 1 trong 7 nam giới sẽ bị giãn tĩnh mạch thừng tinh và bệnh lý này có thể được phát hiện ở độ tuổi 15-25. Bệnh gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải, sở dĩ bên trái gặp nhiều hơn bên phải là do cấu trúc giải phẫu của tĩnh mạch tinh phải ngắn và đổ xéo góc vào tĩnh mạch chủ dưới; trong khi đó tĩnh mạch tinh trái dài hơn và đổ gần như vuông góc vào tĩnh mạch thận. Ngoài ra, có một số trường hợp giãn tĩnh mạch tinh do không có van hoặc hệ thống van tĩnh mạch bị suy yếu.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TỊNH VÀ HIẾM MUỘN NAM

Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ vô sinh ở những nam giới bị giãn tĩnh mạch thừng tinh cao hơn so với nam giới không bị bệnh lý này. Mối liên hệ giữa vô sinh nam và giãn tĩnh mạch thừng tinh vẫn chưa được biết rõ, có thể do nhiều yếu tố góp phần. Giãn tĩnh mạch thừng tinh gây tăng nhiệt độ ở bìu (làm nhiệt độ tinh hoàn tăng lên 0,6-0,8 độ C). Điều này làm tinh trùng di động kém, số lượng tinh trùng chưa trưởng thành tăng, tinh trùng dị dạng nhiều hơn (giảm cả chất lượng lẫn số lượng). Ở một số trường hợp khác, tinh hoàn có thể bị nhỏ hơn bình thường (có thể do bệnh lý đã có sẵn ở tuổi thiếu niên), gây rối loạn sinh tinh do sự thay đổi mô học của tinh hoàn, giảm nồng độ testosterone và thay đổi nhiều nội tiết khác.

Tuy vậy, hầu hết nam giới bị giãn tĩnh mạch thừng tinh không bị hiếm muộn.



TRIỆU CHỨNG CỦA GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

Hầu hết không có triệu chứng gì đặc biệt, một số ít có thể có triệu chứng đau và khó chịu ở bìu. Cơn đau thường nhẹ và trung bình, xảy ra khi ngồi hoặc đứng nhiều, cơn đau sẽ giảm khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi.

Bệnh không ảnh hưởng đến hệ tiết niệu hay khả năng cương cứng của dương vật khi giao hợp.

Ở một số trường hợp, giān tĩnh mạch thùng tinh nặng, ta có thể sờ thấy một búi mạch máu như búi giun nằm ở trên tinh hoàn.

CHẨN ĐOÁN GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

Để chẩn đoán giān tĩnh mạch thùng tinh bạn phải đến khám một bác sĩ chuyên khoa tiết niệu hay bác sĩ nam khoa.

Khi khám, bạn sẽ đứng trong một phòng ấm vài phút. Trường hợp điển hình sẽ nhìn thấy tĩnh mạch tinh rất to và ngoằn ngoèo phía trên tinh hoàn, sờ có cảm giác như búi giun. Trong những trường hợp giān nhẹ, người bệnh cần được khám cẩn thận và làm nghiệm pháp Valsava mới phát hiện được (nghiệm pháp Valsava sẽ làm tĩnh mạch thùng tinh to lên và hiện rõ dưới da).

Siêu âm Doppler bìu: chỉ giúp hỗ trợ chẩn đoán và không phải là phương tiện quyết định chẩn đoán.

PHÂN ĐỘ GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

Độ 0: không phát hiện được trên lâm sàng, chỉ chẩn đoán được trên siêu âm Doppler.

Độ I: chỉ phát hiện được khi bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp Valsava.



Độ II: sờ thấy nhung không nhìn thấy.

Độ III: nhìn thấy dễ dàng.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ GIĀN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

Giān tĩnh mạch thừng tinh có ảnh hưởng xấu đến sự phát triển tinh hoàn cũng như sự sinh tinh trùng, tuy nhiên hầu hết nam giới bị giān tĩnh mạch thừng tinh vẫn cho khả năng có thai tự nhiên. Vì vậy, giān tĩnh mạch thừng tinh đơn thuần không cần điều trị.

Điều trị ngoại khoa

- Lựa chọn bệnh nhân

Giān tĩnh mạch thừng tinh được chỉ định điều trị khi có các điều kiện sau: giān tĩnh mạch thừng tinh có thể sờ thấy được (độ II và độ III), vợ chồng bị hiếm muộn, người vợ khám bình thường và còn trẻ tuổi (<35 tuổi), có ít nhất một lần tinh dịch đồ bất thường.

Hiện nay có 4 phương pháp phẫu thuật điều trị giān tĩnh mạch thừng tinh: phẫu thuật cổ điển, phẫu thuật vi phẫu, phẫu thuật nội soi và tắc mạch.

Phẫu thuật vi phẫu là tiêu chuẩn vàng trong điều trị giān tĩnh mạch thừng tinh. Khi phẫu thuật, bác sĩ dùng kính phóng đại để nhận biết động mạch, tĩnh mạch, bạch mạch và cột các tĩnh mạch giān.

Phẫu thuật có thể thực hiện với gây mê hay gây mê. Thông thường bệnh nhân nằm lại trong bệnh viện một hoặc hai ngày sau phẫu thuật. Tránh hoạt động mạnh trong vòng 48 giờ sau phẫu thuật, sau đó có thể tiếp tục hoạt động bình thường.

Các nguy cơ có thể xảy ra trong và sau khi mổ bao gồm: tràn dịch màng tinh: bìu sưng to và ứ dịch, tổn thương động mạch thừng tinh gây teo tinh hoàn, giān tĩnh mạch thừng tinh tái phát và nhiễm trùng.



Phương pháp thuyên tắc tĩnh mạch ít được dùng tại Việt Nam. Với phương pháp này, các bác sĩ sẽ tiêm vào các tĩnh mạch giãn ở vùng bẹn biu, chụp hình hệ tĩnh mạch tinh, sau đó bơm chất tạo xơ vào các tĩnh mạch giãn. Tỉ lệ tái phát của phương pháp này khá cao 10-15%.

- Phẫu thuật giãn tĩnh mạch thừng tinh có giúp nam giới thoát khỏi vô sinh hay không?

Các bằng chứng y học hiện có cho thấy khả năng có thai tự nhiên của người đàn ông không cải thiện đáng kể sau phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh.

Phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh có thể giúp cải thiện chất lượng và số lượng tinh trùng nhưng không làm tăng khả năng có thai tự nhiên.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản

nhiều bơm tinh trùng vào buồng tử cung và thụ tinh trong ống nghiệm, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn là các lựa chọn khác để điều trị cho cặp vợ chồng hiếm muộn bị giãn tĩnh mạch thừng tinh. Nếu cả hai vợ chồng đều có các yếu tố gây hiếm muộn, các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản sẽ giúp điều trị hiếm muộn hiệu quả hơn so với phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh.

KẾT LUẬN

Giãn tĩnh mạch thừng tinh là một bệnh thường gặp ở nam giới trong độ tuổi sinh sản và đa số những người có bệnh lý này không bị hiếm muộn.

Mối liên quan giữa hiếm muộn và giãn tĩnh mạch thừng tinh vẫn chưa được hiểu rõ. Giãn tĩnh mạch thừng tinh có thể gây tăng nhiệt độ ở



bìu, do đó, ảnh hưởng đến chức năng tinh hoàn về số lượng và chất lượng tinh trùng.

Phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh giúp cải thiện chất lượng tinh trùng nhưng chưa được chứng minh làm tăng khả năng có thai.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản là biện pháp điều trị khá hiệu quả cho các cặp vợ chồng bị giãn tĩnh mạch thừng tinh ở các mức độ khác nhau.



Stress và hiếm muộn



Stress và hiếm muộn

BS. Giang Huỳnh Như

Stress là một từ tiếng Anh, nếu được dịch ra tiếng Việt, có nghĩa là căng thẳng. Stress có thể đến từ bất cứ điều gì khiến bạn cảm thấy bị đe dọa hay sợ hãi. Stress có thể làm cho tim đập nhanh hơn, hơi thở nhanh hơn, huyết áp tăng lên, tay bạn ướt mồ hôi, da lạnh đi. Stress kéo dài có thể gây ra trầm cảm và mất ngủ. Stress làm nhiều cơ quan trong cơ thể phải hoạt động tích cực hơn bình thường và làm tăng chế tiết nhiều chất hóa học quan trọng trong cơ thể, bao gồm cả nội tiết. Cho đến thời điểm hiện tại, mối liên quan giữa stress và hiếm muộn vẫn còn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, câu hỏi được đặt ra là stress có dẫn đến hiếm muộn không, hiếm muộn có gây ra stress không, làm thế nào để giảm bớt stress - vẫn còn gây nhiều tranh cãi.

STRESS CÓ GÂY HIẾM MUỘN KHÔNG?

Thực tế cho thấy, có những phụ nữ bị stress quá mức có thể làm thay đổi nồng độ nội tiết tố, làm rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn. Một ví dụ là các vận động viên marathon nữ thường có kinh nguyệt không đều hay vô kinh. Cũng có những ý kiến cho rằng stress còn ảnh hưởng lên khả năng sinh sản của nam giới, làm giảm số lượng tinh trùng và thể tích xuất tinh. Tuy nhiên, vẫn cần nhiều nghiên cứu để khẳng định các quan sát nêu trên.



HIẾM MUỘN CÓ GÂY STRESS?

Các nghiên cứu cho thấy những phụ nữ hiến muộn có mức độ stress tương đương, thậm chí cao hơn so với những bệnh nhân mắc bệnh hiến nghèo như bệnh tim hay ung thư. Các cặp vợ chồng hiến muộn phải chịu đựng stress kéo dài. Cứ mỗi tháng, bạn hi vọng rằng bạn sẽ mang thai, rồi sau đó phải đối mặt với sự thất vọng rằng bạn không có thai. Bạn cảm thấy bất lực và mất kiểm soát vì không giống với đa số các sự việc, khi cố gắng, bạn có thể đạt được; việc có con trở thành ngoài tầm kiểm soát của vợ chồng bạn dù các bạn đã liên tục cố gắng. Mặt khác, bạn cũng chịu áp lực từ những người xung quanh như gia đình, bạn bè. Đôi khi, họ có những câu hỏi hay hành động làm tổn thương bạn, dù có thể đối với người khác, những câu hỏi hay hành động đó hoàn toàn bình thường. Câu hỏi của họ có thể chỉ đơn giản là “Cậu có thai chưa? Sao cậu kiêng lâu thế?”. Đôi khi, bạn cảm thấy lạc lõng, buồn bã trong bữa tiệc đầy tháng, hay thôi nôi của con một người bạn hay người thân trong gia đình.

Sau một thời gian, cặp vợ chồng hiến muộn sẽ có ngồn ngang các câu hỏi:

“Nguyên nhân hiến muộn có phải do tôi không?”

“Chồng/Vợ tôi sẽ nghĩ gì khi biết tôi bị hiến muộn?”

“Gia đình và những người xung quanh sẽ nghĩ gì khi biết tôi bị hiến muộn?”

“Chuyện gì sẽ xảy ra khi tôi thật sự không thể có con?”

Quá trình khám và điều trị hiến muộn cũng có thể gây stress cho bạn. Xét nghiệm máu, tiêm thuốc, siêu âm, chọc hút trứng, bơm tinh trùng, chuyển phôi đều gây hồi hộp, lo lắng cho bệnh nhân. Đặc biệt khi bệnh



nhân chờ đợi kết quả, dù chỉ là kết quả tinh dịch đồ hay kết quả xem bệnh nhân có thai hay không. Áp lực về mặt tài chính cũng là một vấn đề lớn. Có một tỉ lệ không nhỏ bệnh nhân phải bỏ điều trị vì không có khả năng chi trả.

ẢNH HƯỞNG CỦA STRESS LÊN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

Một số nghiên cứu cho rằng stress làm giảm tỉ lệ có thai khi làm thụ tinh trong ống nghiệm, nhưng cũng có nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan trên. Vấn đề này đang được các nhà nghiên cứu tìm hiểu thấu đáo hơn.

LÀM CÁCH NÀO ĐỂ GIẢM BỚT STRESS?

Mặc dù không thể tránh khỏi stress gây ra do tình trạng hiếm muộn và quá trình điều trị, bạn có thể thực hiện một số cách sau đây để giảm stress.

Chia sẻ cảm xúc

Chia sẻ cảm xúc khi quá căng thẳng là một cách làm hiệu quả để giảm stress. Bạn có thể nói chuyện với vợ/chồng bạn hay những người thân trong gia đình, bạn bè về khó khăn bạn đang gặp phải. Tuy nhiên, bạn nên cân nhắc khi chọn người mà bạn sẽ chia sẻ - họ có phải là người biết lắng nghe, thông cảm cho bạn không? Nếu không, bạn có thể làm cho mọi việc trở nên tồi tệ hơn. Bạn nên nói chuyện với vợ/ chồng bạn, đây là cách làm tốt để thắt chặt tình cảm vợ chồng, giúp vợ chồng bạn cùng vượt qua khó khăn. Không nên che giấu cảm xúc rằng bạn đang buồn, đang căng thẳng, đang cần chia sẻ. Hãy tập lắng nghe, tôn trọng cảm xúc của vợ/chồng bạn và chấp nhận cảm xúc của chính bạn.

Hãy nhận ra rằng bạn không đơn độc

Vợ chồng bạn có thể tham gia vào các câu lạc bộ hay diễn đàn của bệnh nhân hiếm muộn. Từ các diễn đàn hay câu lạc bộ này, bạn có thể tìm được sự đồng cảm cũng như những thông tin cần thiết từ những bệnh nhân khác. Bạn cũng có thể tìm sự giúp đỡ từ các chuyên viên tư vấn hiếm muộn. Họ có thể giải đáp các thắc mắc, từ đó giúp bạn hiểu biết thêm về vấn đề hiếm muộn cũng như bớt đi những lo âu, căng thẳng không cần thiết về quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh.

Luyện tập các biện pháp giúp giảm stress như yoga, tập thể dục thường xuyên

Tìm hiểu về hiếm muộn

Bạn nên tìm đọc các loại sách hay các thông tin trên internet về hiếm muộn. Điều này giúp bạn hiểu biết và chủ động hơn trong điều trị. Bạn có thể thảo luận với bác sĩ để có biện pháp và liệu trình điều trị thoải mái, phù hợp nhất cho cả hai vợ chồng.

KẾT LUẬN

Như nhà tâm lý học Greenfeld có nói rằng “Đừng cố thư giãn vì nghĩ rằng thư giãn sẽ giúp bạn có thai. Nhưng hãy thư giãn vì điều đó tốt, giúp bạn thoải mái, khỏe mạnh hơn, và điều đó không bao giờ là xấu cho việc mang thai”.

Khám hiếm muộn cho vợ



Khám hiếm muộn cho vợ

BS. Giang Huỳnh Như

GIỚI THIỆU

Một cặp vợ chồng được gọi là hiếm muộn khi không có thai sau một năm có quan hệ tình dục đều đặn, không áp dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào. Nếu vợ chồng bạn vẫn chưa có thai sau một năm, các bạn nên đến khám tại các trung tâm điều trị hiếm muộn. Tuy nhiên, đối với những phụ nữ trên 35 tuổi, nếu sau 6 tháng có quan hệ tình dục đều đặn nhưng không có thai, bạn nên đi khám sớm hơn vì không nên trì hoãn điều trị hiếm muộn ở độ tuổi này. Cũng vậy, nếu bạn đã có các yếu tố có khả năng gây hiếm muộn như kinh nguyệt không đều, từng có phẫu thuật trên vòi trứng, buồng trứng, bạn có thể đến khám sớm hơn mà không phải chờ đến 1 năm.

Khi khám hiếm muộn, người bác sĩ sẽ hỏi bệnh, khám phụ khoa và cho làm xét nghiệm để trả lời các câu hỏi sau về khả năng sinh con của bạn:

- * Đường sinh dục của bạn (âm đạo, cổ tử cung, lòng tử cung, hai vòi trứng) có bình thường không?
- * Buồng trứng của bạn có còn trứng không?
- * Buồng trứng của bạn còn hoạt động không, có rụng trứng đều đặn không?
- * Bạn có các bệnh lý khác kèm theo không như u buồng trứng, u xơ tử cung,...?

HỎI BỆNH SỬ

Như tất cả các cuộc khám bệnh thông thường, khám hiếm muộn luôn được bắt đầu bằng hỏi bệnh sử, góp phần quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân gây hiếm muộn và tiên lượng điều trị. Trong lần khám đầu tiên, bác sĩ sẽ hỏi bạn về tuổi tác, thời gian vợ chồng bạn đã không áp dụng biện pháp tránh thai nào để mong muốn có thai, các biện pháp tránh thai đã dùng, số lần quan hệ tình dục trong một tuần... Mặt khác, đặc điểm chu kỳ kinh nguyệt cũng là một yếu tố được quan tâm. Kinh nguyệt không đều có thể là một chỉ điểm của tình trạng rối loạn rụng trứng.

Các yếu tố về tiền căn mang thai như số lần sanh, sẩy thai, thai lưu, thai ngoài tử cung cũng được ghi nhận. Tiền căn về phẫu thuật vùng chậu, viêm vùng chậu hay các xét nghiệm, hồ sơ của bạn trong những lần điều trị hiếm muộn trước đây đều giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán và định hướng điều trị đúng đắn nhằm đem lại hiệu quả điều trị cao nhất. Ngoài ra, bạn còn có thể trao đổi với bác sĩ tất cả các vấn đề liên quan đến đời sống tình dục, những căng thẳng, lo lắng hay bất kỳ câu hỏi nào về vấn đề hiếm muộn.

KHÁM PHỤ KHOA

Sau khi hỏi bệnh sử, nếu không đang hành kinh, bạn sẽ được khám phụ khoa để đánh giá vị trí, kích thước, tổn thương của cơ quan sinh dục ngoài, cơ quan sinh dục trong và các cơ quan khác ở vùng chậu. Khám phụ khoa giúp phát hiện và xử trí kịp thời các viêm nhiễm sinh dục như viêm âm đạo, cổ tử cung, các bệnh lây truyền qua đường tình dục,... Các bệnh lý trên có thể là nguyên nhân, yếu tố góp phần khiến bạn hiếm muộn hay là các bệnh lý cần điều trị triệt để trước khi mang thai. Ngoài ra, các tổn thương khác như u xơ tử cung, u nang buồng trứng cũng có thể được phát hiện. Trong khi khám phụ khoa, bạn sẽ



được làm phết tế bào cổ tử cung để tầm soát ung thư cổ tử cung. Ngoài ra, các đặc điểm sinh dục thứ phát cũng được quan tâm khi tiến hành khám phụ khoa như sự phân bố lông ở bộ phận sinh dục, ở chân, sự phát triển của vú,... Đây là các yếu tố góp phần trong chẩn đoán cho các bệnh nhân có kinh nguyệt không đều hay vô kinh.

XÉT NGHIỆM

Xét nghiệm nội tiết

Xét nghiệm nội tiết là xét nghiệm định lượng nồng độ các loại nội tiết sinh dục trong máu như FSH (Follicle-Stimulation Hormone), LH (Luteinizing Hormone), estradiol, testosterone, SHBG (Sex-Hormone Binding Globulin) nhằm đánh giá tình trạng nội tiết của buồng trứng và các cơ quan có liên quan đến hoạt động sinh sản. Xét nghiệm nội tiết là một trong những xét nghiệm góp phần trong chẩn đoán số lượng trứng còn lại trong buồng trứng cũng như tiên lượng đáp ứng của buồng trứng với thuốc kích thích buồng trứng trong các trường hợp sẽ làm thụ tinh trong ống nghiệm hay bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Trong thời gian gần đây, AMH (anti-Mullerian hormone) được xem là một xét nghiệm nội tiết chính xác hơn và có thể thay thế cho FSH, LH và estradiol trong đánh giá dự trữ buồng trứng. Nếu như FSH, LH và estradiol cần được xét nghiệm vào những ngày đầu của chu kỳ kinh - từ ngày 1 đến ngày 5, AMH có thể được tiến hành vào bất kỳ thời điểm nào của chu kỳ kinh. Xét nghiệm nội tiết thường được chỉ định cho những bệnh nhân lớn tuổi (>35 tuổi), kinh nguyệt không đều, từng có phẫu thuật trên buồng trứng, hay những bệnh nhân chuẩn bị thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Xét nghiệm máu về các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Thông thường, tất cả các bệnh nhân đến khám hiếm muộn đều được cho thực hiện các xét nghiệm máu về HIV, viêm gan siêu vi B, giang mai và Chlamydia trachomatis. Chlamydia trachomatis là một loại vi khuẩn có thể được lây truyền qua đường tình dục. Đối với đa số các phụ nữ, Chlamydia trachomatis tự khỏi và không để lại di chứng. Tuy nhiên, với một số trường hợp khác, sự viêm nhiễm có thể lan lên tử cung và hai vòi trứng, làm tăng nguy cơ hiếm muộn do tổn thương vòi trứng. Do đó, xét nghiệm tầm soát Chlamydia thường được phối hợp với các xét nghiệm khác trong chẩn đoán các tổn thương ở vòi trứng.

Siêu âm phụ khoa, đếm nang noãn trên buồng trứng

Siêu âm phụ khoa qua ngā âm đạo giúp phát hiện các bất thường về phụ khoa như u xơ tử cung, u nang buồng trứng, các bất thường bẩm sinh của đường sinh dục (tử cung đôi, tử cung 2 sừng, tử cung có vách ngăn, không có tử cung,...), buồng trứng dạng đa nang. Trong khám hiếm muộn, siêu âm phụ khoa cũng nên được tiến hành vào những ngày đầu của chu kỳ kinh không những để chẩn đoán các bất thường nêu trên mà còn giúp đếm số nang noãn có trên buồng trứng. Siêu âm đếm nang noãn cũng là một yếu tố cận lâm sàng giúp đánh giá số trứng còn lại trên buồng trứng và tiên lượng đáp ứng buồng trứng với thuốc kích thích buồng trứng.

Chụp hình tử cung - 2 vòi trứng cản quang

Chụp hình tử cung - 2 vòi trứng cản quang là một thủ thuật có chụp X-Quang để đánh giá lòng tử cung và sự thông thương của hai vòi trứng. Xét nghiệm này nên được thực hiện vào đầu chu kỳ kinh để tránh làm ảnh hưởng nếu bệnh nhân đang có thai giai đoạn sớm. Vì

chụp hình tử cung – 2 vòi trứng cản quang khá xâm lấn và có tỉ lệ dương tính giả (trên kết quả chụp phim thấy 2 vòi trứng tắc nhưng khi mổ nội soi kiểm tra thì 2 ống dẫn trứng vẫn thông bình thường), do đó xét nghiệm chỉ được chỉ định trong các trường hợp tiền căn viêm nhiễm vùng chậu, tiền căn có can thiệp vào buồng tử cung (có nạo phá thai, đặt dụng cụ tử cung), nghi ngờ có bất thường về hình thái của tử cung (nghi ngờ tử cung hai sừng, tử cung một sừng, có vách ngăn,...) hay khi bệnh nhân lớn tuổi (>35 tuổi) có thời gian vô sinh kéo dài (>5 năm) để có định hướng điều trị kịp thời và hiệu quả.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐỊNH HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

Sau khi khám và làm xét nghiệm, bác sĩ sẽ có một cuộc thảo luận với vợ chồng bạn để cung cấp các thông tin về chẩn đoán, các biện pháp điều trị, chi phí, nguy cơ và cơ hội có thai. Hiện tại, có khá nhiều biện pháp điều trị có thể lựa chọn tạo cơ hội cho nhiều cặp vợ chồng với nhiều chi phí khác nhau.

Khám hiếm muộn cho chồng



Khám hiếm muộn cho chồng

BS. Giang Huỳnh Như

GIỚI THIỆU

Sau một thời gian chung sống nhưng chưa có thai, thông thường người ta nghĩ nguyên nhân là do người vợ. Tuy nhiên, theo thống kê cho thấy 30% các trường hợp hiếm muộn nguyên nhân là do người chồng, 30% là do người vợ, 30% trường hợp là do cả hai vợ chồng, và 10% là không rõ nguyên nhân. Do đó, khi khám hiếm muộn, người chồng cần được hỏi bệnh sử, thăm khám, làm xét nghiệm để được chẩn đoán và điều trị phù hợp. Mặc dù bài này được tập trung vào chủ đề khám hiếm muộn cho người chồng, chúng ta luôn nhớ rằng cặp vợ chồng đến khám hiếm muộn không phải là hai cá thể riêng biệt mà có liên quan mật thiết đến nhau. Những thông tin về bệnh sử, chẩn đoán của người vợ rất quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Cũng như người vợ, nếu người chồng có các yếu tố có khả năng ảnh hưởng lên khả năng sinh sản nên đến khám sớm hơn như tinh hoàn ẩn, tiền căn phẫu thuật niệu sinh dục, tiền căn viêm nhiễm sinh dục, giãn tĩnh mạch thừng tinh,...

HỎI BỆNH SỬ

Khi khám người chồng, có một số các yếu tố sẽ rất được quan tâm như thời gian hai vợ chồng không áp dụng biện pháp tránh thai để có thai

nhưng không thành công, các yếu tố liên quan đến đời sống tình dục của hai vợ chồng,... Có khoảng 5% bệnh nhân đến khám hiếm muộn vì các vấn đề trong sinh hoạt tình dục như rối loạn cương, rối loạn xuất tinh. Nếu bạn có sử dụng các chất bôi trơn, đây có thể là nguyên nhân làm cản trở việc mang thai vì đa số các chất này đều có chất diệt tinh trùng. Do tinh trùng có khả năng sống trong đường sinh dục nữ khoảng 48 giờ, số lần quan hệ tình dục trong một tuần cũng quan trọng, nên quan hệ 2-3 lần /tuần.

Ngoài ra, các yếu tố liên quan đến tiền căn điều trị, viêm nhiễm (viêm tinh hoàn do quai bị, các bệnh lây truyền qua đường tình dục), phẫu thuật trên bộ phận sinh dục hay các cơ quan có liên quan cũng được quan tâm. Thông tin về các bệnh lý của đường sinh dục như tinh hoàn ẩn, dãn tĩnh mạch thừng tinh, thoát vị bẹn có thể liên quan đến hiếm muộn do người chồng.Thêm vào đó, các thói quen như hút thuốc, uống rượu cũng có thể ảnh hưởng lên khả năng sinh sản của người chồng.

XÉT NGHIỆM

Tinh dịch đồ

Xét nghiệm đầu tiên được chỉ định trong khám hiếm muộn cho chồng là tinh dịch đồ. Đây là một xét nghiệm đơn giản, chi phí chấp nhận được, đồng thời cung cấp nhiều thông tin quan trọng trong chẩn đoán và điều trị. Mẫu tinh dịch được lấy bằng cách thủ dâm sau 3-7 ngày kiêng quan hệ tình dục. Lấy tinh dịch khi kiêng quan hệ dưới 3 ngày thường cho kết quả với số lượng tinh trùng ít. Ngược lại, khi kiêng quan hệ quá lâu sẽ làm cho tỉ lệ phần trăm tinh trùng di động giảm. Mẫu tinh dịch phải được chứa trong một dụng cụ đặc biệt, được làm bằng chất liệu không độc cho tinh trùng. Các trung tâm điều trị hiếm muộn sẽ cung cấp cho bạn dụng cụ chứa này khi bạn có chỉ định làm tinh dịch

đồ. Bạn có thể lấy mẫu tinh dịch tại nhà hay tại các trung tâm điều trị hiếm muộn. Trong trường hợp lấy tại nhà, bạn phải đưa mẫu tinh dịch đến nơi làm xét nghiệm trong vòng 1 giờ (kể từ khi lấy mẫu).

Thông qua kết quả tinh dịch đồ, bác sĩ sẽ đánh giá về chất lượng của mẫu tinh dịch được xét nghiệm: tinh trùng ít, tinh trùng yếu, tinh trùng bất thường hay không có tinh trùng. Trong một số trường hợp nghi ngờ - thể tích tinh dịch quá ít, có sự khác biệt lớn về kết quả giữa các tinh dịch đồ của cùng một bệnh nhân, mẫu tinh dịch có lẫn nhiều tế bào âm đạo, hay bạch cầu - tinh dịch đồ được chỉ định thực hiện lại ít nhất là 2 tuần sau lần thực hiện trước đó.

Ngoại trừ trường hợp không tinh trùng, tinh dịch đồ không giúp khẳng định khả năng sinh sản của bạn, chỉ mang tính chất gợi ý. Chất lượng tinh trùng có thể thay đổi giữa các lần làm tinh dịch đồ khác nhau. Do đó, tất cả kết quả tinh dịch đồ phải được tư vấn bởi bác sĩ chuyên khoa.

Trong năm 2010, Tổ chức Y Tế Thế Giới đã chuẩn hóa và đưa ra tiêu chuẩn tối thiểu của một tinh dịch đồ bình thường:

- * Thể tích $\geq 1,5\text{mL}$
- * Mật độ tinh trùng ≥ 15 triệu/ mL
- * Tổng số tinh trùng ≥ 39 triệu
- * Tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới $\geq 32\%$
- * Hình dạng bình thường của tinh trùng $\geq 4\%$.

Các xét nghiệm khác

Thông thường, khi khám hiếm muộn, bạn được làm xét nghiệm tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục như viêm gan, HIV, giang mai. Đối với các trường hợp không có tinh trùng, bạn có thể được chỉ định thực hiện tiếp các xét nghiệm chuyên biệt khác như định lượng

nội tiết sinh dục trong máu (FSH, LH, Testosterone), siêu âm bìu, siêu âm qua ngã trực tràng. Trong một số trường hợp, bạn có thể được mổ sinh thiết tinh hoàn để có quyết định điều trị phù hợp.

KHÁM

Hiện nay, khám nam khoa không chỉ dành cho những trường hợp không có tinh trùng hay chất lượng tinh trùng yếu, bạn còn có thể được khám khi có các bất thường khác như rối loạn cương, rối loạn xuất tinh,... Khám nam khoa gồm có khám tổng quát, khám bộ phận sinh dục.

Khám tổng quát trong nam khoa gồm có đánh giá tổng trạng, các đặc tính sinh dục thứ phát, khám tim phổi và bụng. Thông qua phần khám này, người bác sĩ có thể phát hiện các bệnh lý bẩm sinh hay di truyền làm ảnh hưởng lên khả năng sinh sản như hội chứng Kallmann, hội chứng Kleinfelter, hội chứng Kartagener, hội chứng Young,... Ngoài ra, bác sĩ còn có thể phát hiện các trường hợp nữ hóa tuyến vú do u tinh hoàn hay u tuyến thượng thận, các sẹo mổ cũ của thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn, phẫu thuật cột sống,... có thể ảnh hưởng lên khả năng sinh sản.

Khi khám bộ phận sinh dục, tinh hoàn và các bộ phận có liên quan như mào tinh, ống dẫn tinh sẽ được sờ nắn, đánh giá mật độ và kích thước. Đối với tinh hoàn, kích thước sẽ được đo bằng một loại thước đo chuyên dùng. Nhìn chung, những tinh hoàn có kích thước nhỏ, mật độ mềm thường có sinh tinh kém. Dương vật cũng được khám và đánh giá các bất thường nếu có như dương vật quá nhỏ, lỗ tiểu đóng thấp,... Lỗ tiểu đóng thấp có thể làm cản trở việc đưa tinh dịch vào âm đạo khi giao hợp. Ngoài ra, thăm trực tràng để đánh giá tiền liệt tuyến cũng thường được tiến hành khi khám bộ phận sinh dục.

CHẨN ĐOÁN

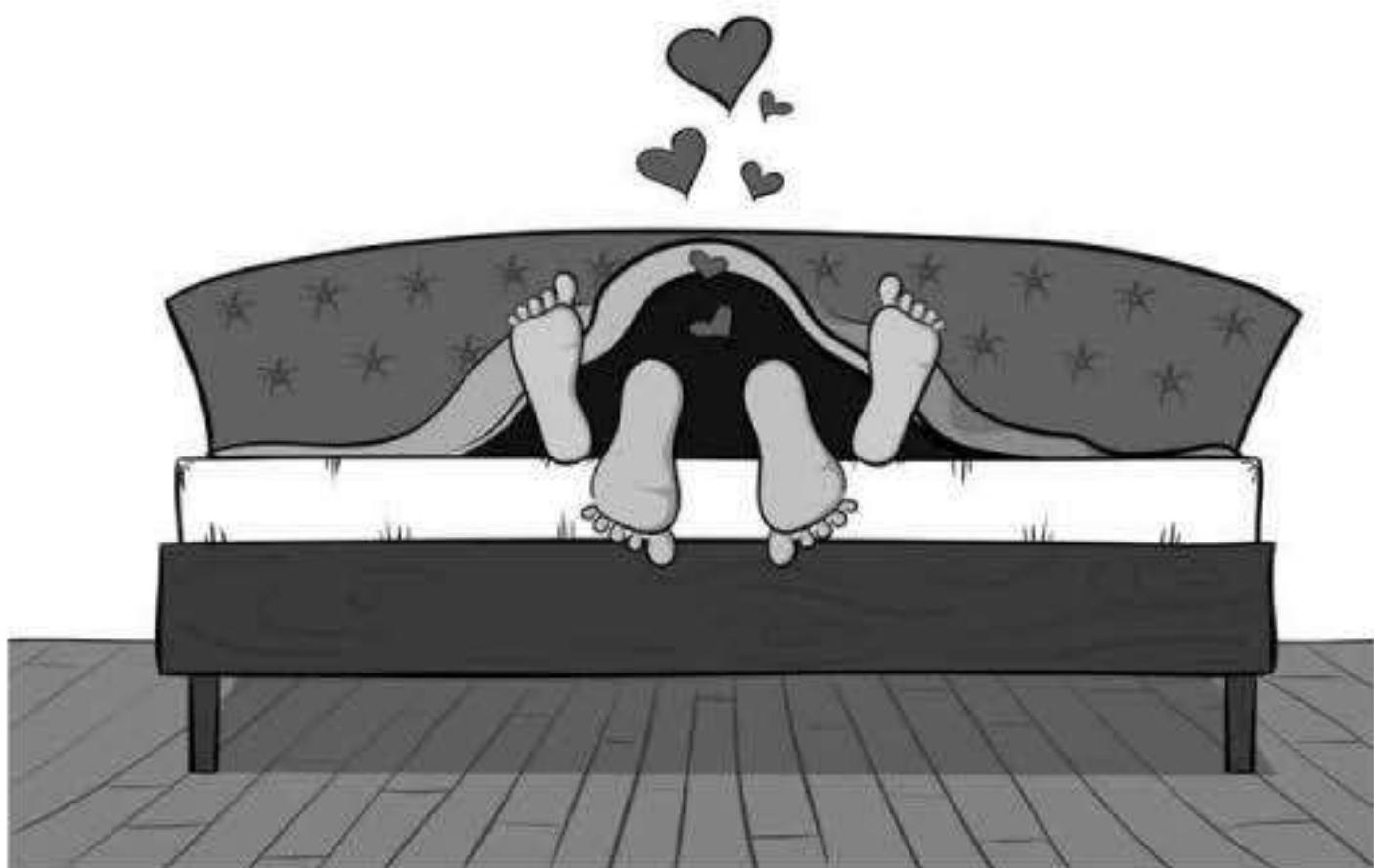
Sau khi khám và làm các xét nghiệm cần thiết, bạn sẽ có một buổi thảo luận với bác sĩ về chẩn đoán cũng như định hướng điều trị. Có thể có các chẩn đoán như sau:

- * Tinh trùng ít (Mật độ tinh trùng <15 triệu/mL)
- * Tinh trùng di động yếu (Tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới <32%)
- * Tinh trùng dị dạng (Hình dạng bình thường <4%)
- * Tinh trùng ít, di động yếu và dị dạng
- * Không có tinh trùng do tắc nghẽn đường dẫn tinh
- * Không có tinh trùng không do tắc nghẽn đường dẫn tinh.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán và định hướng điều trị hiếm muộn là chẩn đoán và điều trị cho một cặp vợ chồng. Do đó, cả hai vợ chồng bạn nên được khám và làm xét nghiệm đầy đủ trước khi điều trị nhằm đạt được hiệu quả cao nhất.

Giao hợp quanh thời điểm phóng noãn



Giao hợp quanh thời điểm phóng noãn

BS. Nguyễn Khánh Linh

Giao hợp quanh thời điểm phóng noãn hay canh ngày giao hợp là phương pháp xác định một cách tương đối khoảng thời gian có khả năng phóng noãn cao nhất và giao hợp quanh thời điểm đó để tăng khả năng có thai. Xác định ngày phóng noãn được thực hiện bằng cách tính toán dựa trên chu kỳ kinh nguyệt và các đặc tính liên quan đến chu kỳ kinh. Mỗi người phụ nữ sẽ có chu kỳ kinh khác nhau, ngay cả các chu kỳ kinh của cùng một người cũng khác nhau. Do đó, canh ngày giao hợp không phải là một phương pháp hoàn toàn đơn giản vì nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố và đòi hỏi người thực hiện phải nắm rõ các quy tắc để có thể thực hiện một cách chính xác.

ĐIỀU KIỆN ĐỂ CANH NGÀY GIAO HỢP

Để có thể áp dụng phương pháp này một cách chính xác và hiệu quả, người phụ nữ cần hội đủ một số điều kiện, bao gồm: kinh nguyệt đều, thời gian mong con ngắn, tuổi vợ trẻ và hiếm muộn không rõ nguyên nhân.

Kinh nguyệt đều

Đây là điều kiện quan trọng nhất. Nếu kinh nguyệt không đều, không nên áp dụng phương pháp này. Kinh nguyệt của một phụ nữ có thể xem là đều nếu dao động trong khoảng 2 ngày so với chu kỳ kinh

thường xảy ra nhất. Ví dụ, nếu một người có chu kỳ kinh thường là 30 ngày, có thể xem như kinh đều nếu chu kỳ ngắn nhất là 28 ngày và dài nhất là 32 ngày, nói cách khác là chu kỳ dài nhất và chu kỳ ngắn nhất không nên cách nhau hơn 5 ngày. Kinh nguyệt càng không đều, càng khó xác định khoảng thời gian rụng trứng, việc tính toán sẽ làm dãn rộng khoảng thời gian cần giao hợp nhưng độ chính xác và khả năng thành công lại giảm xuống. Chỉ nên áp dụng phương pháp này khi chu kỳ kinh không quá 40 ngày và trôi sụt trong khoảng 2 ngày. Kinh càng đều khả năng thành công sẽ càng cao (khoảng 25% các cặp vợ chồng sẽ có thai khi giao hợp quanh thời điểm phóng noãn).

Thời gian mong con ngắn

Phương pháp này không thích hợp cho những cặp vợ chồng đã quan hệ tình dục thường xuyên hơn 2 năm mà vẫn không có con. Bởi lẽ, khoảng 90% cặp vợ chồng sẽ có thai tự nhiên trong vòng 1 năm quan hệ tình dục đều đặn mà không cần canh ngày. Trong trường hợp không có con sau 1 năm, hai vợ chồng nên đến khám ở các cơ sở chuyên khoa. Nếu không tìm được nguyên nhân gây hiếm muộn mà cặp vợ chồng lại chưa muốn áp dụng các biện pháp điều trị có tính chất can thiệp khác, có thể áp dụng phương pháp này trong vòng 1 năm nữa. Tuy nhiên, nếu đã mong con quá 2 năm, nên áp dụng các biện pháp điều trị khác để tăng khả năng thành công.

Người vợ còn trẻ tuổi

Chỉ nên áp dụng khi vợ nhỏ hơn 30 tuổi. Tuổi càng lớn, khả năng thành công với phương pháp này càng thấp. Nếu vợ trên 35 tuổi, đã mong con hơn 6 tháng, nên tiến hành điều trị bằng các phương pháp khác chứ không nên canh ngày giao hợp nữa, vì trên 35 tuổi, khả năng có thai tự nhiên sẽ giảm, việc canh ngày giao hợp có thể sẽ làm tốn thêm thời gian của người bệnh.

Hiếm muộn không rõ nguyên nhân

Muốn giao hợp thành công, thì cấu trúc và chức năng của các cơ quan sinh sản của 2 vợ chồng phải bình thường. Nếu có nguyên nhân gây hiếm muộn nào được phát hiện, nên điều trị bằng các biện pháp khác để tăng khả năng có thai.

Nhìn chung, canh ngày giao hợp thường chỉ thích hợp với những cặp vợ chồng trẻ, mới mong con và vợ có kinh đều. Ngoài ra, có thể áp dụng tốt cho những cặp vợ chồng không có điều kiện quan hệ tình dục thường xuyên do chồng hay vợ phải đi công tác xa. Phương pháp canh ngày giao hợp sẽ giúp cho vợ hoặc chồng có ngày nghỉ phép hợp lý, trùng với thời điểm phóng noãn.

CÁC PHƯƠNG PHÁP CANH NGÀY GIAO HỢP

Hiện có 4 phương pháp chính để canh ngày giao hợp: dựa theo chu kỳ kinh, sự biến đổi tính chất của chất nhầy cổ tử cung, dùng que thử để xác định đỉnh LH và siêu âm theo dõi nang noãn.

Dựa theo chu kỳ kinh

Như chúng ta đã biết, quá trình thụ tinh xảy ra cần sự có mặt của tinh trùng ở thời điểm phóng noãn. Tinh trùng sau khi được xuất tinh vào âm đạo sẽ có khả năng sống và thụ tinh trong vòng 72 giờ (một số trường hợp tinh trùng có thể sống đến 5 ngày), còn noãn có khả năng sống và thụ tinh trong vòng 24 giờ tính từ lúc phóng noãn. Như vậy, khả năng có thai cao nhất sẽ xảy ra nếu giao hợp trong khoảng thời gian từ 3 ngày trước khi phóng noãn đến 1 ngày sau khi phóng noãn.

Chu kỳ kinh của một người phụ nữ được bắt đầu tính từ ngày thấy kinh đầu tiên (gọi là ngày 1 chu kỳ) và kết thúc vào ngày cuối cùng trước khi có kinh lại của chu kỳ kế tiếp.

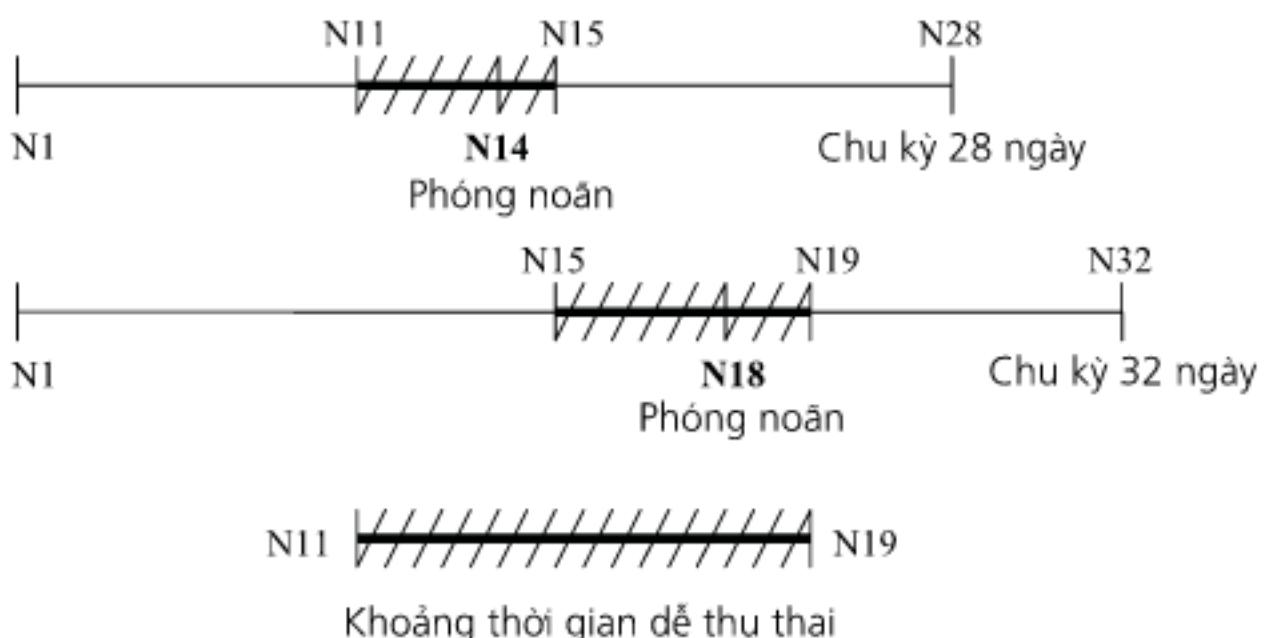
Để dễ hiểu, có thể chia chu kỳ kinh của người phụ nữ thành 2 giai đoạn: trước phóng noãn và sau phóng noãn. Giai đoạn trước phóng noãn kéo dài không hằng định, là giai đoạn mà noãn đang phát triển, sẽ thay đổi tùy theo chu kỳ kinh dài hay ngắn. Giai đoạn sau phóng noãn thường hằng định là 14 ngày. Do đó, để dự đoán ngày xảy ra hiện tượng phóng noãn, ta lấy chu kỳ kinh trừ đi 14 ngày.

Chẳng hạn, nếu chu kỳ kinh của người vợ là 28 ngày, phóng noãn sẽ xảy ra vào ngày thứ 14, vợ chồng nên quan hệ tình dục từ ngày thứ 11 của chu kỳ (3 ngày trước phóng noãn) đến ngày thứ 15 (1 ngày sau phóng noãn) sẽ có khả năng có thai cao.

Tuy nhiên, không phải ai cũng có kinh một cách đều đặn như thế. Những người có kinh đều cũng thường có chu kỳ kinh trồi sụt khoảng 1-2 ngày. Như vậy phải tính ngày phóng noãn của chu kỳ ngắn nhất và chu kỳ dài nhất để tìm khoảng thời gian giao hợp có khả năng có thai cao.

Giả sử một người có chu kỳ kinh thường là 30 ngày, đôi khi trồi sụt 1-2 ngày, tức chu kỳ có thể từ 28 đến 32 ngày. Chu kỳ ngắn nhất (28 ngày) có ngày phóng noãn là ngày 14, giao hợp từ ngày 11 đến ngày 15 sẽ có khả năng có thai cao. Tính theo chu kỳ dài nhất là 32 ngày, thì ngày phóng noãn là ngày 18, giao hợp từ ngày 15 đến ngày 19 sẽ có khả năng có thai cao. Như vậy, tính chung thì khả năng có thai cao của người này sẽ rơi vào ngày 11 đến ngày 19 của chu kỳ. Do đó, để tăng khả năng có thai, cặp vợ chồng này có thể giao hợp cách ngày từ ngày 11 cho đến ngày 19 của chu kỳ (giao hợp ngày 11, 13, 15, 17, 19 hoặc ngày 12, 14, 16, 18 đều được).

Đây là một trong những cách đơn giản để canh ngày giao hợp theo chu kỳ kinh. Ngoài ra, còn nhiều công thức khác có thể giúp dự đoán ngày phóng noãn theo chu kỳ kinh mà bạn đọc có thể tìm hiểu thêm qua các kênh thông tin hoặc tài liệu khác.



Phương pháp này đơn giản, dễ thực hiện, có thể áp dụng tại nhà, không tốn kém chi phí và thời gian. Kinh nguyệt càng đều, việc xác định ngày phóng noãn sẽ càng dễ dàng và khả năng thành công càng cao. Tuy nhiên, dù kinh nguyệt của một người có đều đến mức nào, vẫn sẽ có một số chu kỳ không xảy ra hiện tượng phóng noãn. Phương pháp này chỉ giúp xác định ngày nên giao hợp, chứ không gợi ý được chu kỳ đó có phóng noãn hay không.

Sự biến đổi chất nhầy cổ tử cung

Chất nhầy cổ tử cung là một chất dịch được tiết ra từ cổ tử cung, thoát ra ngoài qua ngả âm đạo. Cổ tử cung sẽ tiết ra chất nhầy dưới tác động của estrogen do nang noãn tiết ra, do đó, chất nhầy cổ tử cung sẽ thay đổi tính chất tùy theo giai đoạn phát triển của nang noãn. Dựa vào đặc tính này, chúng ta có thể xác định thời điểm phóng noãn dựa vào sự biến đổi tính chất của chất nhầy cổ tử cung.

Sau khi hành kinh, các nang noãn của chu kỳ mới sẽ đi vào tiến trình chọn lọc và phát triển vượt trội, cuối cùng có một noãn rụng. Những ngày đầu sau khi sạch kinh, chất nhầy cổ tử cung còn ít và hơi đặc do

các nang noãn còn nhỏ, nồng độ estrogen do các nang tiết ra còn thấp. Bắt đầu từ khoảng ngày thứ 10 của chu kỳ kinh 28 ngày, một nang noãn sẽ phát triển vượt trội, tiết ra nhiều estrogen, estrogen sẽ tác động lên cổ tử cung làm cho cổ tử cung tiết ra ngày càng nhiều chất nhầy hơn. Đến gần thời điểm phóng noãn, chất nhầy cổ tử cung được tiết ra nhiều nhất, trở nên trong, dai, có tính đàn hồi cao, giống như lòng trắng trứng và có thể kéo dài được đến 10-15cm. Đây là chất nhầy cổ tử cung thuận lợi cho sự xâm nhập của tinh trùng.

Sau khi phóng noãn, progesterone được tiết ra sẽ làm cho chất nhầy giảm về số lượng, trở nên đục, đặc giống như lúc vừa sạch kinh, không còn thuận lợi cho sự xâm nhập của tinh trùng.

Để xác định ngày phóng noãn, cần theo dõi từ các chu kỳ trước để xác định ngày chu kỳ mà chất nhầy được tiết ra nhiều nhất. Nếu chu kỳ kinh thường là 28 ngày, phóng noãn thường xảy ra vào ngày thứ 14, chúng ta bắt đầu theo dõi chất nhầy cổ tử cung từ ngày thứ 10 trở đi. Khi thấy chất nhầy ngày càng nhiều và có tính chất kể trên, đó chính là thời điểm quanh phóng noãn, khả năng có thai sẽ cao nhất nếu giao hợp quanh thời điểm này.

Xác định chất nhầy cổ tử cung sẽ sai lệch trong các trường hợp đang cho con bú, đang sử dụng thuốc viên ngừa thai, sử dụng các dung dịch vệ sinh phụ nữ, bị viêm âm đạo hoặc bị nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục và có tiền căn phẫu thuật trên cổ tử cung.

Đây cũng là một phương pháp dễ thực hiện, không tốn kém chi phí và thời gian, ngoài ra còn giúp gợi ý chu kỳ đó có phóng noãn hay không. Tuy nhiên, phương pháp này phụ thuộc vào sự cảm nhận chủ quan của mỗi người, nên mức độ chính xác sẽ tương đối và phụ thuộc nhiều vào người thực hiện.

Xác định đỉnh LH bằng que thử

LH là một chất do tuyến yên tiết ra. LH được tiết ra nhiều nhất (gọi là đỉnh LH) khi có một nang noãn phát triển vượt trội. Sau khi xuất hiện đỉnh LH 24-48 giờ, nang noãn vượt trội này sẽ rụng. Do đó, nếu xác định được đỉnh LH, sẽ xác định được thời điểm phóng noãn.

Hiện nay trên thị trường có sản phẩm que thử giúp phát hiện đỉnh LH trong nước tiểu (OvuStick). Khi nhúng que vào nước tiểu, sau khoảng 5 phút, sẽ xuất hiện 2 vạch, một vạch chứng (C) và một vạch kết quả (vạch test, T). Nếu vạch kết quả mờ hơn vạch chứng, xét nghiệm âm tính, chưa có đỉnh LH. Nếu vạch kết quả bằng hoặc đậm hơn vạch chứng, xét nghiệm dương tính, nghĩa là có đỉnh LH.

Bắt đầu từ ngày 11 của chu kỳ kinh 28 ngày, dùng que nhúng vào nước tiểu mỗi ngày để phát hiện đỉnh LH. Thường đỉnh LH trong nước tiểu xuất hiện vào buổi trưa (khoảng 2 giờ trưa), do đó nên thử nước tiểu vào khoảng thời gian này trong ngày. Nên hạn chế uống nước trong vòng 2 tiếng trước khi thử để tránh làm giảm nồng độ LH trong nước tiểu dẫn đến kết quả bị sai lệch. Khi xét nghiệm dương tính, tức có đỉnh LH trong nước tiểu, khoảng 24-48 giờ sau noãn sẽ rụng, hai vợ chồng nên giao hợp vào ngày phát hiện thử que dương tính và hai ngày liền sau đó. Nếu chu kỳ kinh của bạn không phải 28 ngày, ngày bắt đầu thử que sẽ tương ứng như sau:

Chu kỳ kinh (ngày)	Ngày bắt đầu thử que
26	9
27	10
28	11
29	12
30	13



Ưu điểm của phương pháp này là cách làm đơn giản, dễ thực hiện, kết quả nhanh chóng và chi phí thấp. Nhược điểm là lúc nào phản ứng cũng hiện lên hai vạch, vì thế xác định đỉnh LH hay không phải dựa vào độ đậm của vạch test (T) so với vạch chứng (C). Nếu thử nhiều ngày, có thể so sánh sự tăng dần đậm độ của vạch test T theo thời gian, như vậy sẽ dễ phát hiện đỉnh LH hơn.

Ngoài ra, OvuStick là một xét nghiệm bán định lượng LH trong nước tiểu phụ thuộc vào nội tiết. Do đó, nếu người vợ đang dùng một loại thuốc có chứa nội tiết, kết quả thử sẽ bị ảnh hưởng và phương pháp này sẽ không còn chính xác nữa. Đối với những trường hợp hiếm muộn do rối loạn nội tiết thì hiệu quả của OvuStick không cao. Chính vì vậy, những người có kinh nguyệt không đều (thường do rối loạn nội tiết) thì không nên áp dụng phương pháp này. Trong trường hợp kinh đều nhưng trễ sụt nhiều, cần phải thử que trong nhiều ngày, khi đó, phương pháp này sẽ bất tiện.



Hình 15.1 Nang noãn trên siêu âm.

Siêu âm theo dõi nang noãn buồng trứng

Người vợ sẽ được siêu âm lần đầu vào khoảng ngày 4-5 của vòng kinh. Những ngày siêu âm kế tiếp sẽ được bác sĩ chỉ định tùy theo kích thước của nang noãn trên siêu âm. Trung bình, cần siêu âm 3-4 lần trong một chu kỳ để theo dõi một nang noãn phát triển cho đến khi trưởng thành. Khi nang đã trưởng thành (có kích thước từ 18mm trở lên), bác sĩ sẽ cho tiêm thuốc kích thích phóng noãn và dặn thời điểm giao hợp là 36 tiếng sau khi phóng noãn.

Phương pháp này khá đơn giản và rẻ tiền. Mặc dù so với các phương pháp khác, siêu âm theo dõi nang noãn đòi hỏi người vợ phải mất thời gian đến cơ sở y tế. Tuy nhiên, phương pháp này có độ chính xác cao hơn.

Với phương pháp này, việc xác định có nang noãn phát triển và phóng noãn sẽ chính xác nhất, đồng thời, thời điểm giao hợp cũng được xác định gần với thời điểm phóng noãn nhất.

KẾT LUẬN

Giao hợp quanh thời điểm phóng noãn là một phương pháp tương đối đơn giản, giúp tiết kiệm thời gian cần phải đến cơ sở y tế cho người phụ nữ, không xâm lấn do không cần phải tiêm thuốc, tuy nhiên chỉ có thể thành công ở một số đối tượng nhất định. Mặc dù vậy, những cặp vợ chồng mong con, dù kinh nguyệt người vợ đều hay không, vẫn có thể tăng khả năng thụ thai bằng cách giao hợp thường xuyên đều đặn 2-3 lần/tuần mà không cần phải canh đúng ngày phóng noãn. Với tần suất giao hợp như thế, 90% các cặp vợ chồng sẽ có thai trong vòng 1 năm sau khi cưới. Do đó, ngay khi mong con, việc đầu tiên mà một cặp vợ chồng cần làm là giao hợp một cách đều đặn 2-3 lần/tuần để tối ưu hóa khả năng có thai của mình.

Kích thích buồng trứng trong điều trị hiếm muộn



Kích thích buồng trứng trong điều trị hiếm muộn

BS. Vương Thị Ngọc Lan

Kích thích buồng trứng là một khâu quan trọng trong điều trị hiếm muộn. Kích thích buồng trứng là việc sử dụng các thuốc nội tiết bằng đường uống hay đường tiêm để tạo sự phát triển của một hay nhiều nang noãn trên buồng trứng, giúp gia tăng cơ hội thụ tinh và thụ thai. Kết quả từ nhiều nghiên cứu cho thấy, với kỹ thuật bom tinh trùng vào buồng tử cung, kích thích buồng trứng giúp tăng tỉ lệ có thai lên 1,5-3 lần so với không kích thích buồng trứng mà chỉ theo dõi chu kỳ tự nhiên. Với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, kích thích buồng trứng càng có vai trò quan trọng, giúp tăng số lượng noãn có chất lượng tốt thu được, từ đó, tăng số lượng phôi và tăng tỉ lệ có thai sau điều trị.

BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Kích thích buồng trứng là một từ dùng chung để chỉ việc sử dụng thuốc tạo sự phát triển của nang noãn trên buồng trứng. Tuy nhiên, tùy theo đối tượng bệnh nhân, kỹ thuật điều trị và số lượng nang noãn mong muốn đạt được khi kích thích buồng trứng mà từ kích thích buồng trứng có tên gọi riêng. Kích thích buồng trứng có chỉ định thực hiện cho các nhóm bệnh nhân sau: (1) Không phóng noãn hay rối loạn phóng noãn; (2) Hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân được điều trị bằng kỹ thuật bom tinh trùng vào buồng tử cung; (3) Thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

Kích thích buồng trứng ở các bệnh nhân không phóng noãn hay rối loạn phóng noãn

Bình thường, mỗi tháng buồng trứng của người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản sẽ tự động có một nang noãn phát triển và phóng noãn, như vậy, các phụ nữ này sẽ có chu kỳ kinh đều 28-30 ngày và dễ thụ thai. Ở một số phụ nữ, buồng trứng không tự hoạt động, do đó, không có sự phát triển nang noãn tự nhiên gây tình trạng vô kinh (không có kinh trên 6 tháng) hay kinh thưa (chu kỳ kinh dài trên 35 ngày).

Nguyên nhân của không phóng noãn hay rối loạn phóng noãn được chia làm 3 nhóm, bác sĩ sẽ chẩn đoán bệnh nhân thuộc nhóm nguyên nhân nào sau khi khám và xét nghiệm, để có phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp:

1. Não không chế tiết các chất nội tiết để kích thích buồng trứng hoạt động.
2. Rối loạn hoạt động tại buồng trứng như các bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang.
3. Buồng trứng bị suy, không còn nang noãn như các phụ nữ lớn tuổi, các phụ nữ có tiền căn phẫu thuật bóc u buồng trứng hay cắt buồng trứng, các trường hợp xạ trị hay hóa trị do ung thư.

Với các bệnh nhân không phóng noãn hay rối loạn phóng noãn thuộc nhóm nguyên nhân (1) và (2), bác sĩ sẽ kích thích buồng trứng để tạo ra sự phát triển và phóng noãn của chỉ một nang noãn, như vậy, bệnh nhân sẽ có cơ hội có thai mà tránh được các biến chứng của kích thích buồng trứng như quá kích buồng trứng hay đa thai. Kích thích buồng trứng trong các trường hợp này có tên gọi là gây phóng noãn.

Bệnh nhân bị suy buồng trứng thuộc nhóm (3) không có chỉ định kích thích buồng trứng do không còn nang noãn tại buồng trứng. Trong



trường hợp này, bệnh nhân sẽ được khuyên điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm với trứng người cho.

Kích thích buồng trứng ở các bệnh nhân chưa rõ nguyên nhân

Hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân chiếm khoảng 10% các cặp vợ chồng đi khám hiếm muộn. Thật ra, trong trường hợp này, người vợ vẫn có hiện tượng phóng noãn ở buồng trứng đều đặn hàng tháng. Tuy nhiên, kích thích buồng trứng vẫn cần được thực hiện ở các bệnh nhân này với mục đích tạo ra hơn một nang noãn phát triển và phóng noãn nhằm gia tăng xác suất có noãn được thụ tinh với tinh trùng, do đó, tăng cơ hội thụ thai. Kích thích buồng trứng trong trường hợp này với mong muốn đạt được 2-3 nang noãn và được gọi là kích thích nhẹ buồng trứng.

Kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm

Em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên trên thế giới chào đời vào năm 1978 là kết quả của một chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm không kích thích buồng trứng. Các bác sĩ chỉ theo dõi sự phát triển tự nhiên của một nang noãn buồng trứng của người phụ nữ, chọc hút lấy trứng, cho thụ tinh với tinh trùng tạo phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung. Tuy nhiên, trong nhiều năm liền sau đó, các nhà khoa học đã cố gắng lặp lại cách làm đó nhưng đều thất bại. Nhiều báo cáo ghi nhận tỉ lệ có thai của thụ tinh trong ống nghiệm với chu kỳ tự nhiên không kích thích buồng trứng rất thấp, vào khoảng 7-10%. Sau đó, các bác sĩ đã tìm cách cải thiện tỉ lệ có thai của thụ tinh trong ống nghiệm bằng cách gia tăng số lượng noãn chọc hút được. Kích thích buồng trứng được thực hiện và được xem là một trong những cải tiến quan trọng trong qui trình thụ tinh trong ống nghiệm. Kích thích buồng trứng đã góp phần làm tăng tỉ lệ có thai

của thụ tinh trong ống nghiệm lên khoảng 35-40% như hiện nay. Số lượng nang noãn mong muốn đạt được với kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm là 8-15 nang noãn nhằm tối đa hóa cơ hội có thai của bệnh nhân.

CÁC LOẠI THUỐC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Có nhiều loại thuốc nội tiết được sử dụng trong kích thích buồng trứng. Các loại thuốc này được chia làm 4 nhóm tùy theo tác động của thuốc trong quá trình phát triển nang noãn buồng trứng. Các nhóm thuốc này có thể ở dạng chế phẩm riêng biệt hay kết hợp trong cùng một dạng trình bày. Công nghệ dược phẩm ngày càng phát triển đã cho ra đời các chế phẩm ngày càng tinh khiết, ít gây dị ứng, tạo được đáp ứng buồng trứng ổn định và dạng trình bày thuận tiện cho việc sử dụng của bệnh nhân.

- (1) Nhóm thuốc có thành phần cơ bản là FSH hay thuốc có thành phần khác nhưng làm tăng FSH của cơ thể có tác dụng làm tăng số lượng và kích thước của nang noãn buồng trứng. Đây là nhóm thuốc chính và chủ yếu, được sử dụng cho tất cả các bệnh nhân được kích thích buồng trứng.
- (2) Nhóm thuốc có thành phần cơ bản là LH, chỉ cần bổ sung ở một số bệnh nhân đặc biệt, có thiếu chất LH trong quá trình kích thích buồng trứng. Nhóm thuốc này còn có tác dụng hiệp đồng với nhóm FSH làm tăng phát triển nang noãn, nhất là ở những bệnh nhân lớn tuổi, buồng trứng còn ít nang noãn.
- (3) Nhóm thuốc có thành phần cơ bản là hCG có tác dụng làm trưởng thành noãn chưa bên trong nang khi nang đã lớn và gây phóng noãn. Thuốc này được sử dụng cho tất cả các bệnh nhân, nhất là các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm. Nếu bệnh nhân quên thực hiện mũi thuốc này, khả năng chọc hút không có noãn là rất cao. Tác dụng gây phóng noãn thường xảy ra sau khi tiêm mũi thuốc

này từ 38-40 giờ. Do đó, với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, các bác sĩ thường chọc hút lấy noãn quanh thời điểm 34-36 giờ sau tiêm thuốc, khi này, các noãn đã trưởng thành nhưng vẫn còn bên trong nang. Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung thường được thực hiện quanh thời điểm 40 giờ sau tiêm thuốc, khi nang ở gần thời điểm phóng noãn nhất để tăng cơ hội có thai.

(4) Nhóm thuốc có thành phần cơ bản là GnRH đồng vận hay đối vận có tác dụng kiểm soát các tác động làm giảm chất lượng noãn thu được và ngăn ngừa sự phóng noãn sớm xảy ra trước thời điểm tiêm mũi thuốc hCG cuối cùng để chọc hút noãn làm thụ tinh trong ống nghiệm hay bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

CÁC PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Sự kết hợp của các thuốc kích thích buồng trứng theo nhiều kiểu khác nhau tạo nên các phác đồ kích thích buồng trứng. Tùy theo đặc điểm bệnh nhân, chỉ định của kích thích buồng trứng và kỹ thuật điều trị mà bác sĩ sẽ sử dụng các phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp. Chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng và liều thuốc khởi đầu phù hợp sẽ giúp đạt được tỉ lệ có thai cao mà giảm thiểu các biến chứng của kích thích buồng trứng, việc này cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa điều trị hiếm muộn có kinh nghiệm.

Với kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung, các bác sĩ thường chọn lựa các phác đồ sử dụng một loại thuốc, liều thuốc khởi đầu được điều chỉnh phù hợp theo tuổi và bệnh lý của bệnh nhân. Với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, bệnh nhân thường được sử dụng các phác đồ tiêm thuốc phối hợp 2 đến 3 nhóm thuốc khác nhau để tạo được số lượng noãn phù hợp và có chất lượng tốt.

Bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang cần hết sức cẩn thận khi gây phóng noãn. Nhóm bệnh nhân này có nguy cơ rất cao bị quá kích buồng trứng khi sử dụng thuốc kích thích buồng trứng, do đó, các bác

sĩ thường chọn lựa phác đồ sử dụng thuốc với liều thuốc khởi đầu rất thấp và tăng liều dần dần.

THEO DÕI ĐÁP ỨNG BUỒNG TRÚNG KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG

Theo dõi đáp ứng buồng trứng phải được thực hiện cho tất cả bệnh nhân kích thích buồng trứng. Vấn đề được quan tâm khi kích thích buồng trứng là làm sao đạt được số lượng noãn phù hợp, chất lượng noãn tốt nhất và hạn chế các biến chứng. Theo dõi đáp ứng được thực hiện bằng siêu âm đầu dò âm đạo và xét nghiệm nội tiết trong máu.

Siêu âm theo dõi phát triển nang noãn cần được thực hiện nhiều lần trong quá trình kích thích buồng trứng. Siêu âm nhằm đếm số lượng nang noãn phát triển, đo kích thước nang noãn và đánh giá sự phát triển của nội mạc tử cung theo các thời điểm khác nhau của chu kỳ sử dụng thuốc. Xét nghiệm nội tiết gồm định lượng nồng độ estradiol, LH, progesterone trong máu để đánh giá chất lượng nang noãn phát triển và phát hiện sớm các đáp ứng bất thường của buồng trứng.

Phối hợp cả 2 phương tiện siêu âm đầu dò âm đạo và xét nghiệm nội tiết sẽ giúp bác sĩ có nhận định đúng đắn sự đáp ứng của buồng trứng và quyết định chính xác thời điểm thực hiện các kỹ thuật điều trị nhằm đạt được hiệu quả cao nhất.

MỘT SỐ ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG CỦA BUỒNG TRÚNG KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng được xác định khi có ít hơn 3 nang noãn phát triển trên cả 2 buồng trứng khi kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm với liều thuốc sử dụng tối đa. Đáp

Ứng kém xảy ra trong khoảng 9-24% các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm. Các trường hợp có nguy cơ đáp ứng kém là những phụ nữ lớn tuổi, tiền căn có phẫu thuật trên buồng trứng làm giảm mô lành của buồng trứng còn lại, viêm dính nặng vùng chậu, bệnh lý lạc nội mạc tử cung, suy buồng trứng và một số trường hợp là không rõ nguyên nhân.

Nhiều biện pháp đã được nghiên cứu nhằm cải thiện số lượng noãn, tăng tỉ lệ có thai ở các bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng như tăng liều thuốc sử dụng, thay phác đồ tiêm thuốc, bổ sung một số loại thuốc làm tăng nhạy cảm của buồng trứng,...Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có biện pháp nào chứng minh có hiệu quả rõ rệt. Thụ tinh trong ống nghiệm với trứng người cho là giải pháp cuối cùng có hiệu quả nhất cho các bệnh nhân này.

Quá kích buồng trứng (xin xem thêm bài “Các biến chứng của điều trị hiếm muộn”)

Quá kích buồng trứng là tình trạng đáp ứng quá mức của buồng trứng với các thuốc kích thích buồng trứng. Quá kích buồng trứng xảy ra khoảng 1% các chu kỳ bơm tinh trùng vào buồng tử cung và khoảng 25% các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, đa số ở mức độ nhẹ, quá kích buồng trứng nặng chỉ xảy ra khoảng 2% các trường hợp. Để hạn chế biến chứng này, bác sĩ cần chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng và liều thuốc phù hợp cho từng đối tượng bệnh nhân.

Phóng noãn sớm

Phóng noãn xảy ra trước khi tiêm mũi thuốc hCG cuối cùng gây trưởng thành noãn được gọi là phóng noãn sớm. Khi phát hiện có phóng noãn sớm trong quá trình theo dõi nang noãn để bơm tinh trùng vào buồng tử cung, cần thực hiện thủ thuật này càng sớm càng tốt. Noãn sau khi được giải phóng khỏi nang noãn vẫn còn khả năng thụ tinh trong

vòng 24 giờ. Phóng noãn sớm xảy ra với các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm sẽ làm tỉ lệ thu được noãn thấp và chất lượng noãn kém. Do đó, các phác đồ kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm thường có kết hợp với nhóm thuốc có tác dụng ngăn chặn hiện tượng phóng noãn sớm.

Nang không phóng noãn

Một số chu kỳ kích thích buồng trứng không có hiện tượng phóng noãn dù nang noãn đã đạt kích thước trưởng thành và đã được tiêm thuốc làm phóng noãn. Tình trạng này thường gặp trong các chu kỳ sử dụng thuốc gây phóng noãn clomiphene citrate dạng uống. Xử trí trường hợp này bằng cách thay đổi loại thuốc và phác đồ tiêm thuốc ở những chu kỳ sau.

Tóm lại, kích thích buồng trứng có vai trò quan trọng trong điều trị hiếm muộn vì nó giúp cải thiện đáng kể tỉ lệ có thai của điều trị. Kích thích buồng trứng cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm nhằm đạt được hiệu quả cao nhất và tránh được các biến chứng. Ngoài ra, sự hợp tác của bệnh nhân trong quá trình kích thích buồng trứng cũng đóng góp không nhỏ vào thành công của điều trị. Bệnh nhân cần thực hiện tiêm thuốc đều đặn, liên tục, đúng thời điểm, đúng liều lượng được kê toa. Theo dõi nang noãn cũng cần được thực hiện đều đặn để đánh giá đúng đắn và chọn lựa chính xác thời điểm thực hiện kỹ thuật điều trị. Sự phối hợp tốt giữa bác sĩ và bệnh nhân sẽ giúp đạt được hiệu quả điều trị cao nhất.

Điều trị giảm số lượng và chất lượng tinh trùng ở nam giới



Điều trị giảm số lượng và chất lượng tinh trùng ở nam giới

BS. Vũ Nhật Khang

Từ trước đến nay, hiếm muộn thường được cho là do người phụ nữ, cả về phương diện xã hội cũng như y học. Trong nhiều năm gần đây, các cặp vợ chồng hiếm muộn đã có ý thức tìm hiểu kỹ càng hơn xem “trách nhiệm” thuộc về ai và y học hiện đại đã chứng minh nguyên nhân đến từ phía nam giới không phải ít và nguyên nhân hiếm muộn do nam cũng tương đương như nữ giới. Nói chung, nguyên nhân hiếm muộn do nữ thường chiếm khoảng 30-40% các trường hợp, hiếm muộn do nam chiếm khoảng 30% các trường hợp và khoảng 20% các trường hợp người ta tìm thấy nguyên nhân hiếm muộn ở cả hai vợ chồng. Bên cạnh đó, có khoảng 10% cặp vợ chồng sẽ không tìm thấy nguyên nhân gây hiếm muộn.

Khác với nữ, rất khó xác định chính xác tần suất hiếm muộn ở nam do thiếu các tiêu chuẩn chẩn đoán một cách chắc chắn. Cho đến nay, phương pháp chính để chẩn đoán hiếm muộn nam thường dựa trên kết quả của tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) bao gồm các chỉ số về thể tích tinh dịch, mật độ tinh trùng, tỉ lệ tinh trùng di động, tỉ lệ tinh trùng hình dạng bình thường... Trong khi đó, các chỉ số này có thể thay đổi tùy theo thời điểm xét nghiệm, kỹ thuật thực hiện xét nghiệm và sai số của cách đánh giá. Ngoài ra, có

những trường hợp các chỉ số cơ bản nằm trong giới hạn bình thường nhưng người này vẫn hiếm muộn do tinh trùng suy giảm chức năng; hoặc có những trường hợp các chỉ số dưới mức bình thường nhưng người đàn ông vẫn có con bình thường.

Giảm chất lượng và số lượng của tinh trùng chiếm đa số các nguyên nhân hiếm muộn nam. Hiện nay, có các phương pháp khác nhau để điều trị hiếm muộn nam như điều trị nội khoa, phẫu thuật và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Tùy theo nguyên nhân gây hiếm muộn nam, các bác sĩ sẽ chọn lựa một hay phối hợp nhiều phương pháp điều trị.

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Đây là phương pháp điều trị hiếm muộn nam khá phổ biến hiện nay, tuy nhiên, điều trị nội khoa không mang lại hiệu quả cho tất cả các trường hợp. Điều trị nội khoa chỉ được sử dụng khi bệnh nhân bị giảm số lượng hay chất lượng tinh trùng do nguyên nhân nội tiết. Các thuốc nội tiết thường được sử dụng gồm:

hMG và hCG

Những nội tiết này được sử dụng để kích thích quá trình sinh tinh trùng ở nam giới bị tinh trùng ít, yếu hay không có tinh trùng do thiếu kích thích nội tiết từ não bộ. Phương pháp điều trị này cần kéo dài thời gian trên 1 năm để hồi phục sự sản xuất tinh trùng. Tuy nhiên, chất lượng và số lượng tinh trùng thường không cải thiện đáng kể đến mức có thai tự nhiên mà chỉ đủ để thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

hCG kích thích sự chế tiết testosterone và hMG kích thích sự sản xuất tinh trùng. Trong điều trị, bác sĩ thường phối hợp cả hai loại thuốc trên.



Testosterone

Có tác động úc chế quá trình sản xuất tinh trùng. Testosterone được sử dụng trong điều trị hiếm muộn nam với mong muốn úc chế quá trình sản xuất tinh trùng trong một thời gian, sau khi ngưng thuốc khoảng 5-6 tháng, sự sản xuất tinh trùng sẽ tái lập theo kiểu nhảy vọt. Phương pháp điều trị này ngày nay hầu như không còn được sử dụng do gây rối loạn quá trình sinh tinh và đôi khi không có hiện tượng tái nhảy vọt, dẫn tới nguy cơ không tinh trùng do thuốc.

Clomiphene citrate

Đây là loại thuốc được sử dụng nhiều nhất trong điều trị hiếm muộn nam. Thuốc này làm tăng sản xuất LH và FSH, từ đó tác động đến tinh hoàn làm tăng chế tiết testosterone và kích thích sản xuất tinh trùng. Ngoài ra clomiphene citrate còn kích thích tuyến thượng thận tổng hợp nội tiết tố nam. Clomiphene citrate thường được sử dụng ở các trường hợp di động của tinh trùng không quá yếu. Clomiphene citrate không có hiệu quả ở các trường hợp tinh trùng chất lượng quá kém hoặc có quá nhiều tinh trùng dị dạng.

Ngoài ra, một số loại thuốc khác cũng được sử dụng để điều trị hiếm muộn nam nhưng hiệu quả của thuốc cho tới nay vẫn còn tranh cãi về khả năng làm tăng chất lượng hay số lượng tinh trùng.

Kháng sinh

Được sử dụng khi tinh dịch có nhiễm trùng thể hiện qua số lượng bạch cầu trong tinh dịch hoặc khi cấy tinh dịch thấy vi trùng. Tuy nhiên, không có bằng chứng cho thấy việc điều trị các tế bào bạch cầu trong tinh dịch cải thiện khả năng sinh sản ở nam giới bị hiếm muộn. Kháng sinh chỉ có tác dụng điều trị nhiễm trùng cấp hoặc mãn tính đường sinh dục.

Thuốc có tác dụng chống ôxy hóa

Là những chất có tác dụng chống lại gốc tự do được sản sinh ra trong quá trình chuyển hóa tế bào. Những gốc tự do này là những nhân tố có hại cho tế bào, làm ảnh hưởng đến chức năng và hoạt động của tế bào cũng như thúc đẩy tốc độ lão hóa của tế bào nhanh hơn.

Glutathion

Là một trong các tác nhân chống ôxy hóa mạnh, mới được áp dụng trong lâm sàng để điều trị cho các trường hợp giảm chất lượng hoặc số lượng tinh trùng. Tuy nhiên, vẫn chưa có một nghiên cứu nào cho thấy glutathion có tác dụng cải thiện chất lượng cũng như số lượng tinh trùng mặc dù thuốc này thường được quảng cáo như những thần dược có tác dụng cải lão hoàn sinh, chống ung thư...

Vitamin E

Là một trong các loại vitamin được dùng tương đối phổ biến để bổ sung vitamin. Mới đây, người ta nhận thấy vitamin E cũng có tác dụng chống ôxy hóa mạnh. Tác dụng chống ôxy hóa của vitamin E mạnh tương tự như của glutathion, trong khi đó giá tiền của vitamin E rẻ hơn nhiều lần. Đối với tinh trùng, vitamin E có tác dụng chống lại tác động phá hủy màng tế bào tinh trùng của các gốc tự do. Do vậy, vitamin E được chỉ định dùng cho các trường hợp tinh trùng kém chất lượng cũng như chức năng của tinh trùng bị suy giảm.

Cho đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có loại thuốc nào chứng tỏ hiệu quả làm tăng chất lượng cũng như số lượng tinh trùng một cách rõ rệt ngoại trừ các trường hợp giảm chất lượng hoặc số lượng tinh trùng do nguyên nhân nội tiết.

PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN NAM

Giãn tĩnh mạch thừng tinh

Là sự giãn và xoắn bất thường của tĩnh mạch tinh ở đoạn đi trong thừng tinh. Các tĩnh mạch trong tinh hoàn, có những van giúp đỡ cho máu đi về tim, nếu những van này không hoạt động hoặc bị suy yếu thì dòng máu sẽ chảy ngược vào trong các tĩnh mạch tinh gây ra giãn tĩnh mạch thừng tinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, giãn tĩnh mạch thừng tinh gấp ở 11,7% người đàn ông có tinh dịch đồ bình thường. Với những người có tinh dịch đồ bất thường, khoảng 40% nguyên nhân do giãn tĩnh mạch thừng tinh. Do đó, giãn tĩnh mạch thừng tinh là nguyên nhân thường gặp trong hiếm muộn nam và có thể điều trị được bằng phẫu thuật.

Bác sĩ sẽ thực hiện thăm khám lâm sàng để đánh giá mức độ giãn. Khi khám, bạn sẽ đứng trong một phòng ấm vài phút. Trong trường hợp điển hình sẽ nhìn thấy tĩnh mạch tinh rất to và ngoằn ngoèo phía trên tinh hoàn, sờ có cảm giác như búi giun. Trong những trường hợp giãn nhẹ, bác sĩ phải khám cẩn thận và làm nghiệm pháp Valsava mới phát hiện được (nghiệm pháp Valsava sẽ làm tĩnh mạch thừng tinh to lên và hiện rõ dưới da). Theo các nghiên cứu y học gần đây nhất, phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh trong một số trường hợp có cải thiện chất lượng, số lượng tinh trùng, nhưng không có bằng chứng cho thấy phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh làm tăng khả năng có thai tự nhiên của người đàn ông. Ngoài ra không phải tất cả bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thừng tinh đều cần được phẫu thuật. Thông thường phẫu thuật chỉ thực hiện ở các trường hợp điển hình có kèm theo đau, tức bìu kéo dài.



Tắc đường dẫn tinh

Có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải (thắt ống dẫn tinh trong triệt sản nam). Phẫu thuật thành công thường phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chỉ định phẫu thuật, trang bị vi phẫu thuật, tay nghề của phẫu thuật viên vi phẫu. Ngoài việc thông nối đường dẫn tinh thành công, khả năng có thai còn phụ thuộc rất nhiều vào tuổi và khả năng sinh sản của người vợ.

CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản từ khi ra đời là một cuộc cách mạng trong điều trị hiếm muộn nam. Các phương pháp này có thể giúp cho các cặp vợ chồng có thai được dù cho người chồng bị hiếm muộn với bất kỳ nguyên nhân gì, trừ những trường hợp tinh hoàn hoàn toàn không sản xuất tinh trùng. Mục đích của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản là tạo điều kiện thuận lợi để quá trình thụ tinh và thụ thai có thể diễn ra trong điều kiện số lượng và chất lượng tinh trùng bị suy giảm. Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản để điều trị hiếm muộn nam gồm 3 kỹ thuật chính: bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI). Tùy theo chất lượng và số lượng tinh trùng của người chồng mà bác sĩ sẽ chọn lựa 1 trong 3 kỹ thuật trên để điều trị.

CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÍCH TINH TRÙNG ĐỂ THỰC HIỆN HỖ TRỢ SINH SẢN

Trích tinh trùng được thực hiện cho các bệnh nhân không có tinh trùng trong tinh dịch, có thể do đường dẫn tinh bị tắc nghẽn hay quá trình sinh tinh giảm. Có 2 phương pháp chính để trích tinh trùng là chọc hút tinh trùng từ mào tinh (Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration-PESA) hoặc phẫu thuật xẻ mô tinh hoàn (Testicular Sperm Extraction-TESE). Người đàn ông sẽ được gây mê nhẹ, bác sĩ sẽ dùng kim nhỏ chọc



hút qua da bìu vào mào tinh hay rách một đường nhỏ trên da bìu vào tinh hoàn để lấy tinh trùng dùng cho các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Trước đây, bác sĩ thường làm 2 lần, lần 1 là để chẩn đoán xem có tinh trùng trong tinh hoàn không, lần 2 là lấy tinh trùng để điều trị. Hiện nay, với sự phát triển của kỹ thuật trữ lạnh mô tinh hoàn, bệnh nhân chỉ cần thực hiện thủ thuật một lần, trong lần trích tinh trùng đầu tiên, nếu có tinh trùng đạt yêu cầu về số lượng và chất lượng, mẫu tinh trùng hay mẫu mô tinh hoàn sẽ được trữ lạnh ngay để dùng cho điều trị sau này.

PHÒNG NGỪA HIẾM MUỘN Ở NAM

Một số nguyên nhân gây hiếm muộn nam giới có thể phòng ngừa được. Các biện pháp sau đây có thể giúp tránh được các nguyên nhân mắc phải.

Lối sống lành mạnh

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục như lậu, giang mai, HIV... có thể ảnh hưởng đến tinh trùng do gây tổn thương đường sinh dục. Các bệnh này hoàn toàn có thể phòng tránh bằng cách sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không an toàn.

Hút thuốc lá cũng ảnh hưởng đến chức năng sinh sản do làm giảm sản xuất tinh trùng, gia tăng số tinh trùng dị dạng, làm giảm ham muốn tình dục và rối loạn cương. Những tổn thương trên số lượng và chất lượng tinh trùng này chỉ là tạm thời và sẽ cải thiện rõ rệt khi người đàn ông ngừng hút thuốc lá.

Các chất kích thích bao gồm rượu, cocaine và cocaина đều là chất độc với tinh trùng. Chúng có thể làm giảm sự ham muốn tình dục và tổn thương quá trình sinh tinh trùng.

Thói quen mặc quần áo cũng có thể ảnh hưởng đến tinh trùng. Không nên mặc quần lót quá chật, luôn giữ tinh hoàn trong nhiệt độ thấp và “thân thiện” với tinh trùng.

Chủng ngừa quai bị

Chủng ngừa quai bị cho các bé trai. Nếu một người đàn ông trưởng thành mắc quai bị và có biến chứng viêm tinh hoàn, quá trình sản xuất tinh trùng sẽ bị ảnh hưởng đưa đến giảm khả năng sinh sản sau này.

Khám tinh hoàn

Khám tinh hoàn cho các bé trai trước 2 tuổi, để phát hiện dị tật tinh hoàn ẩn. Phẫu thuật sớm các trường hợp tinh hoàn ẩn giúp giảm các tổn thương tinh hoàn do tinh hoàn ẩn gây ra.

Tham khảo bác sĩ khi sử dụng thuốc

Một số thuốc được ghi nhận có thể ảnh hưởng đến quá trình sản xuất tinh trùng như: nội tiết tố, cimetidine, sulphasalazine, spironolactone, nitrofurantoin, niridazone, colchicin... Vì vậy, nếu bạn sử dụng những loại thuốc này, nên hỏi bác sĩ về ảnh hưởng của thuốc lên tinh trùng.

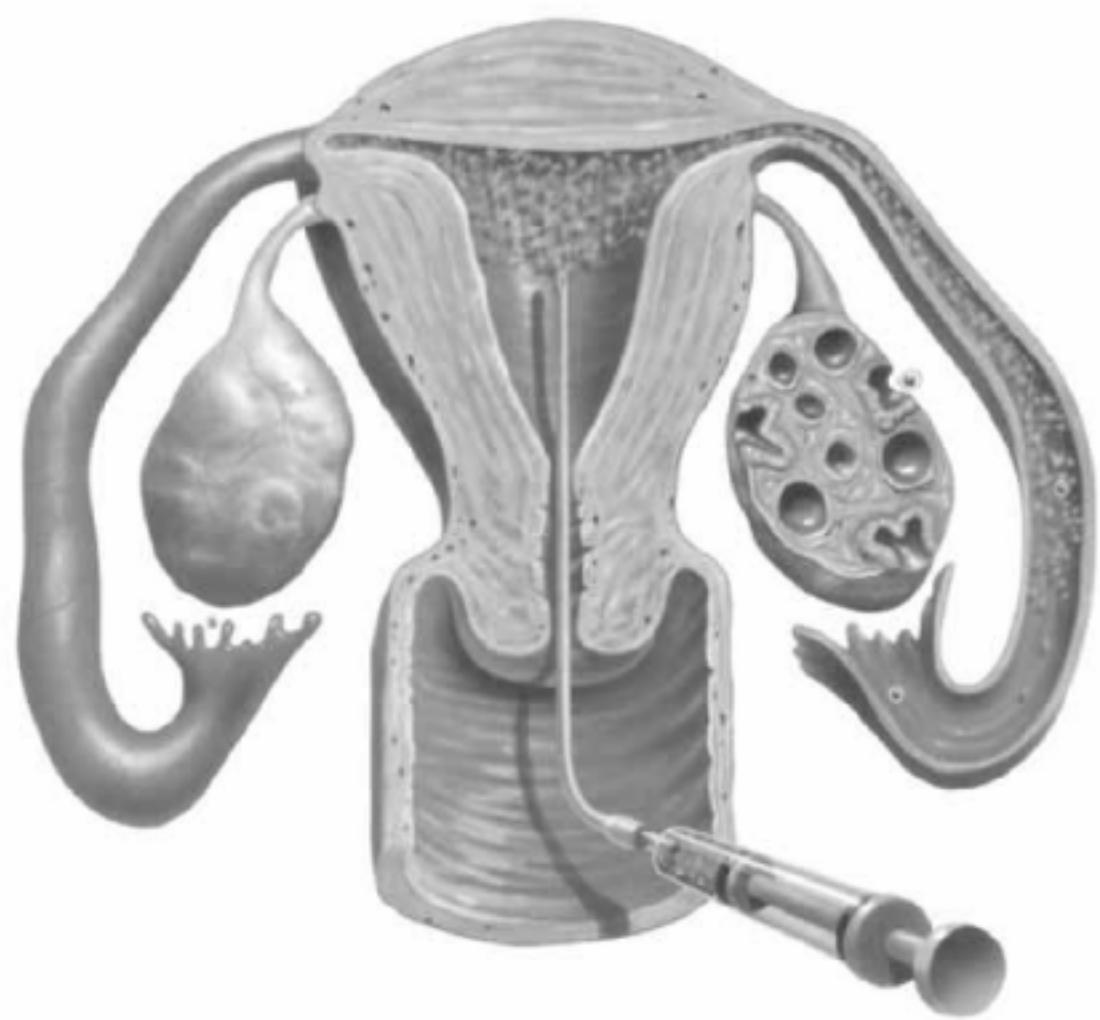
Giao hợp thường xuyên, khoảng 2-3 lần/tuần

Đây là cách đơn giản nhất bạn có thể làm. Khi giao hợp thường xuyên, tinh trùng luôn được thay mới, từ đó chất lượng tinh trùng tốt hơn, cải thiện khả năng có thai của bạn.

Hiếm muộn nam xảy ra khá phổ biến. Giảm số lượng và chất lượng tinh trùng chiếm đa số trong các nguyên nhân hiếm muộn nam. Có nhiều phương pháp điều trị giúp cải thiện khả năng sinh sản ở người đàn ông. Tuy nhiên, khả năng có thai của một cặp vợ chồng không chỉ phụ thuộc vào số lượng và chất lượng tinh trùng mà còn tùy thuộc vào các yếu tố tiên lượng phía người vợ, chủ yếu là tuổi vợ. Chọn lựa phương pháp điều trị hiếm muộn nam cần được cân nhắc dựa trên các yếu tố từ người chồng lẫn người vợ.



Thụ tinh nhân tạo



Thụ tinh nhân tạo

BS. Phùng Huy Tuân

Thụ tinh nhân tạo là kỹ thuật điều trị hiếm muộn phổ biến nhất hiện nay. Có nhiều phương pháp thụ tinh nhân tạo như bơm tinh dịch vào túi cùng âm đạo hoặc cổ tử cung, bơm tinh trùng đã chuẩn bị vào cổ tử cung, bơm tinh trùng vào vòi trứng hay ổ bụng, và bơm tinh trùng sau chuẩn bị vào buồng tử cung (IUI). Trong đó phương pháp IUI thường được áp dụng nhiều nhất, vì thế khi nói đến thụ tinh nhân tạo người ta nghĩ ngay đến IUI.

LỊCH SỬ THỤ TINH NHÂN TẠO

Thụ tinh nhân tạo đã được áp dụng trong nhiều năm qua với nhiều chỉ định khác nhau. Cách đây 200 năm, John Hunter đã dùng syringe để bơm tinh dịch của 1 người đàn ông có lỗ tiểu đóng thấp vào âm đạo của người vợ giúp người vợ có thai (báo cáo của Shield năm 1950). Vào thế kỷ 19, Sims đã bơm tinh trùng chồng cho vợ cho 6 cặp vợ chồng, kết quả có 1 trường hợp có thai. Từ đó đến nay, kỹ thuật bơm tinh trùng ngày càng được áp dụng rộng rãi. Từ thập niên 70, bơm tinh trùng vào buồng tử cung bắt đầu được thực hiện với tinh trùng đã được lọc rửa.

BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

Đây là kỹ thuật bơm tinh trùng đã được lọc rửa, cô đặc với thể tích nhỏ vào buồng tử cung. Để điều trị bằng kỹ thuật IUI, bệnh nhân phải có buồng trứng còn hoạt động, tối thiểu một ống dẫn trứng còn chức năng, tuổi vợ không quá cao (thường dưới 40 tuổi) và tinh trùng chồng

không quá yếu. Bên cạnh đó, việc kích thích buồng trứng giúp tăng số lượng nang noãn phát triển cũng giúp tăng tỉ lệ có thai bằng kỹ thuật này.

NHỮNG TRƯỜNG HỢP BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP IUI

Nguyên nhân hiếm muộn từ người chồng

- * Chồng không xuất tinh được vào âm đạo. Xuất tinh ngược dòng là tình trạng tinh trùng được tổng xuất ngược vào bàng quang. Trong trường hợp này, tinh trùng sẽ không sống được do độc tố và môi trường acid của nước tiểu. Điều trị cho các bệnh nhân này bằng cách kiểm hóa nước tiểu và tách tinh trùng ra khỏi nước tiểu, lọc rửa và thực hiện IUI.
- * Bất lực và rối loạn phóng tinh. Điều trị các rối loạn trên thường được thực hiện theo nguyên nhân. Tuy nhiên, nhiều trường hợp không thể điều trị triệt để, cần sử dụng biện pháp hỗ trợ lấy tinh trùng và thực hiện IUI.
- * Lỗ tiểu đóng thấp. Ở những bệnh nhân lỗ tiểu đóng thấp, khi giao hợp tinh dịch thường chảy ra ngoài, điều này sẽ làm giảm số lượng tinh trùng đến được tử cung và vòi trứng. IUI là phương pháp hữu hiệu cho các trường hợp trên.
- * Hiếm muộn nam do tinh trùng yếu nhẹ. Những trường hợp tinh trùng yếu nhẹ, cần tối thiểu 1 triệu tinh trùng di động sau lọc rửa để bơm vào buồng tử cung nhằm tăng khả năng có thai.
- * Không tinh trùng cần xin tinh trùng người cho. Một số trường hợp người chồng không có tinh trùng, có thể xin tinh trùng từ ngân hàng tinh trùng và thực hiện IUI. Tỉ lệ thành công của chỉ định này khá cao.



Nguyên nhân hiếm muộn từ người vợ

- * Bất thường tại cổ tử cung của vợ. Cổ tử cung có chức năng bảo vệ tinh trùng, dự trữ tinh trùng và kiểm soát sự di chuyển của tinh trùng vào tử cung và vòi trứng. Một số bất thường tại cổ tử cung có thể ảnh hưởng tới tinh trùng làm giảm khả năng sinh sản như giảm tiết chất nhầy cổ tử cung sau đốt điện, đốt lạnh, khoét chót cổ tử cung, chít hẹp do phẫu thuật hoặc viêm nhiễm.
- * Rối loạn phóng noãn. Bệnh nhân được sử dụng thuốc kích thích buồng trứng và gây phóng noãn phối hợp với IUI đạt tỉ lệ thành công cao.
- * Lạc nội mạc tử cung nhẹ. Lạc nội mạc tử cung gây dính, co kéo cấu trúc vùng chậu và ảnh hưởng tới chức năng buồng trứng. IUI được thực hiện ở những bệnh nhân còn chức năng vòi trứng và buồng trứng vẫn hoạt động bình thường.
- * Hiếm muộn không rõ nguyên nhân. IUI thường là phương pháp điều trị đầu tiên cho những trường hợp hiếm muộn không rõ nguyên nhân. Trong các nguyên nhân hiếm muộn, IUI ở những trường hợp không rõ nguyên nhân cho tỉ lệ thành công cao nhất.

QUI TRÌNH IUI

Bệnh nhân có thể siêu âm theo dõi nang noãn chu kỳ tự nhiên hoặc dùng thuốc kích thích buồng trứng vào ngày thứ 2 của vòng kinh. Trong khi dùng thuốc, bệnh nhân sẽ được theo dõi sự phát triển nang noãn bằng siêu âm đầu dò âm đạo, tùy theo đáp ứng với thuốc của từng người mà bệnh nhân được hẹn đến siêu âm những ngày tiếp theo để điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp. Khi siêu âm bằng đầu dò âm đạo, bệnh nhân không cần uống nước mà ngược lại nên đi tiểu sạch để kết quả chính xác hơn.

Tùy bệnh nhân, bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm thêm nội tiết estradiol để đánh giá độ trưởng thành của nang noãn. Khi nang noãn đủ trưởng thành, bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc kích thích phóng noãn, mũi thuốc này cần được tiêm đúng giờ qui định.

Quanh thời điểm phóng noãn, người chồng sẽ lấy tinh trùng để lọc rửa và bơm cho người vợ. Người chồng cần tuân thủ đúng qui trình lấy tinh trùng. Chồng có thể đến bệnh viện trước để lấy tinh trùng. Thời gian lọc rửa tinh trùng mất khoảng 2 giờ, sau đó người vợ sẽ được bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

Bơm tinh trùng là một thủ thuật nhẹ nhàng, bệnh nhân không nên quá căng thẳng để kết quả được tốt hơn. Sau bơm, bệnh nhân nằm nghỉ khoảng 15 phút. Hai tuần sau IUI, bệnh nhân sẽ được thử thai.

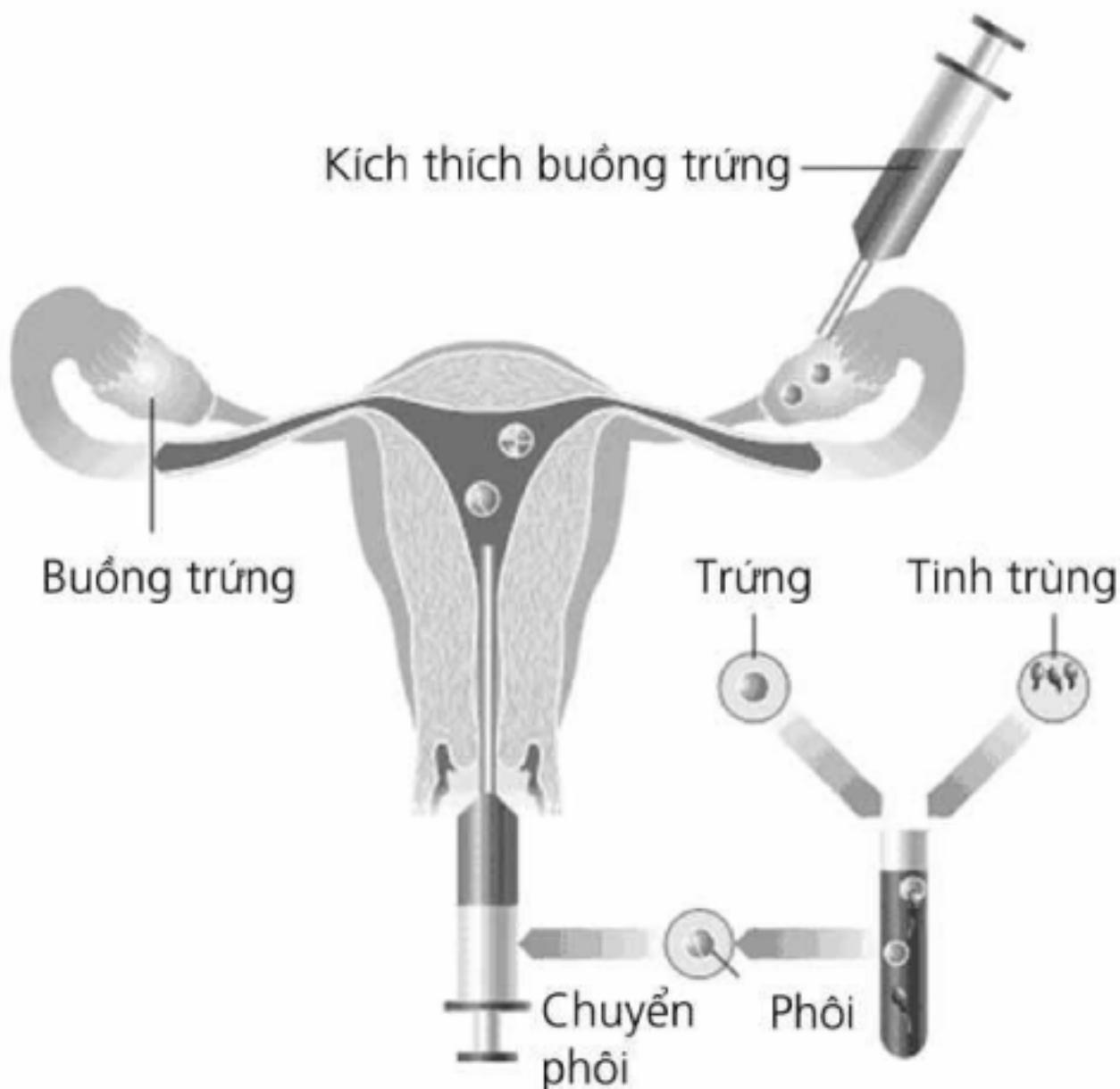
KẾT QUẢ CỦA THỤ TINH NHÂN TẠO

IUI là phương pháp điều trị đơn giản, dễ thực hiện. Bên cạnh đó, chi phí điều trị không cao, dễ được bệnh nhân chấp nhận. Tuy nhiên, tỉ lệ có thai chỉ khoảng 15-20% cho 1 chu kỳ điều trị (tỉ lệ thay đổi tùy từng chỉ định, tùy từng trung tâm) cho nên có thể kỹ thuật này phải được thực hiện nhiều chu kỳ. Ở đa số các trung tâm, nếu thất bại IUI từ 3 đến 6 chu kỳ bệnh nhân sẽ có chỉ định chuyển sang thụ tinh trong ống nghiệm. IUI phối hợp với kích thích buồng trứng sẽ giúp tăng tỉ lệ thành công, tuy nhiên, cần lưu ý các biến chứng có thể có của kích thích buồng trứng.

KẾT LUẬN

Thụ tinh nhân tạo là một kỹ thuật đơn giản hiệu quả và có chỉ định rộng rãi. Tỉ lệ thành công khoảng 15-20% mỗi chu kỳ điều trị. Tỉ lệ thành công phụ thuộc vào chỉ định điều trị, tuổi vợ và nguyên nhân hiếm muộn. Chẩn đoán và chỉ định phù hợp giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm tối kén chi phí và thời gian cho bệnh nhân.

Thụ tinh trong ống nghiệm



Thụ tinh trong ống nghiệm

BS. Phùng Huy Tuân

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTN) là qui trình lấy trứng và tinh trùng cho kết hợp với nhau ngoài cơ thể tạo thành phôi, phôi được nuôi ngoài cơ thể từ 2 đến 5 ngày sau đó chuyển vào buồng tử cung của người vợ. Tỉ lệ thành công của TTTN trung bình thay đổi từ 30% đến 40%.

LỊCH SỬ VỀ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Louis Brown là tên cô bé đầu tiên ra đời bằng kỹ thuật TTTN tại bệnh viện đa khoa Oldham vào tối ngày 25/07/1978 tại Anh. Hai bác sĩ phụ khoa Patrick Steptoe và Robert Edwards đã điều trị thành công trường hợp đầu tiên này. Từ đó đến nay đã có rất nhiều đứa trẻ được sinh ra từ kỹ thuật TTTN trên thế giới. Riêng tại Việt Nam, TTTN được thực hiện vào năm 1997, 3 em bé đầu tiên đã chào đời vào năm 1998 và đến nay đã có gần 10 ngàn em bé được ra đời từ TTTN tại Việt Nam.

NHỮNG BỆNH NHÂN CẦN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Các đối tượng thuộc một trong ba nhóm nguyên nhân hiếm muộn dưới đây sẽ có chỉ định thực hiện TTTN: (1) Nguyên nhân hiếm muộn từ người vợ như tổn thương tắc, ứ dịch vòi trứng, trước đây có phẫu thuật viêm dính vùng chậu, bị lạc nội mạc tử cung hay rối loạn phóng noãn mà đã thất bại sau bơm tinh trùng nhiều lần; (2) Nguyên nhân

hiếm muộn từ người chồng như tinh trùng ít, yếu và dị dạng mà không thể thực hiện bơm tinh trùng được hoặc không có tinh trùng; (3) Vợ chồng chưa tìm ra nguyên nhân và đã bơm tinh trùng nhiều lần thất bại.

QUI TRÌNH THỦ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Xét nghiệm

* Xét nghiệm đánh giá dự trữ nang noãn ở buồng trứng người vợ

Xét nghiệm đánh giá số lượng cũng như chất lượng noãn hiện tại của người vợ thường được thực hiện vào những ngày đầu của chu kỳ kinh nguyệt (từ ngày 2-5 của vòng kinh). Người vợ sẽ được xét nghiệm nội tiết FSH, LH, E2 và siêu âm đếm nang noãn thứ cấp để quyết định liều thuốc và phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp cho từng bệnh nhân.

* Xét nghiệm tiền mês

Xét nghiệm máu, nước tiểu, đo điện tim, Xquang phổi giúp đánh giá thể trạng bệnh nhân trước khi thực hiện thủ thuật chọc hút trứng và xem có bệnh lý gì ảnh hưởng đến quá trình mang thai hay không.

Kích thích buồng trứng

Kích thích buồng trứng được thực hiện tùy từng trường hợp cụ thể. Thời gian kích thích buồng trứng có thể thay đổi từ 2 tuần đến 4 tuần. Tùy bệnh nhân, phác đồ kích thích buồng trứng có thể là ngắn hay dài ngày.

Siêu âm nang noãn và định lượng nội tiết

Số lượng nang noãn và tốc độ phát triển nang noãn trong các chu kỳ có kích thích buồng trứng phụ thuộc vào loại thuốc và phác đồ kích thích buồng trứng được sử dụng. Siêu âm giúp đánh giá số lượng và sự

phát triển của nang noãn, từ đó giúp điều chỉnh liều lượng thuốc kịp thời để đạt được sự đáp ứng buồng trứng tối ưu và giảm thiểu các biến chứng có thể có. Trong quá trình kích thích buồng trứng, bệnh nhân sẽ được siêu âm nang noãn từ 4 đến 5 lần. Khi nang noãn đạt kích thước từ 18-20mm, bệnh nhân sẽ được tiêm hCG gây trưởng thành noãn.

Song song quá trình siêu âm nang noãn, việc định lượng nội tiết cũng cần thiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn. Định lượng estradiol (E2) thường được sử dụng trong quá trình theo dõi sự phát triển của nang noãn do có sự tương quan giữa nồng độ E2 trong máu và sự phát triển của nang noãn. Thông thường nồng độ E2 sẽ tăng gấp ruồi hay gấp đôi ngày hôm trước dự báo nang noãn phát triển tốt. Ngoài ra, định lượng nồng độ LH và progesterone cũng sẽ giúp tiên đoán về chất lượng noãn. Thông thường, nồng độ 2 chất này trong máu thường thấp trong quá trình kích thích buồng trứng. Nồng độ LH và progesterone tăng cao có thể làm giảm chất lượng noãn và phôi.

Chọc hút trứng

Bệnh nhân sẽ được chọc hút trứng khoảng 34-36 giờ sau tiêm hCG. Chọc hút trứng được thực hiện qua ngả âm đạo và bệnh nhân sẽ được gây tê tại chỗ và tiền mê. Bệnh nhân không ăn uống trước chọc hút trứng 4 giờ. Noãn sau khi được chọc hút sẽ được chuyển qua phòng labo để xử lý và kết hợp với tinh trùng người chồng để tạo thành phôi. Phôi sẽ được nuôi cấy trong ống nghiệm từ 2 đến 5 ngày trước khi chuyển vào buồng tử cung của người vợ.

Chuyển phôi

Phôi sau khi được nuôi trong ống nghiệm 2-5 ngày sẽ được chuyển vào buồng tử cung người vợ. Số phôi chuyển tùy thuộc vào tuổi người vợ, nguyên nhân hiếm muộn, số chu kỳ thực hiện trước đó, chất lượng phôi

và chất lượng nội mạc tử cung. Bác sĩ sẽ quyết định số phôi chuyển sao cho tỉ lệ có thai đạt được cao nhất và hạn chế đa thai. Thông thường, số phôi chuyển trung bình là 3 phôi với tỉ lệ có thai đạt được khoảng 35-40%. Sau chuyển phôi, bệnh nhân chỉ cần nằm nghỉ tại chỗ từ 3-4 giờ, sau đó có thể đi lại bình thường. Sau chuyển phôi, nếu còn phôi dư và tốt, bệnh nhân sẽ được tư vấn trữ lạnh phôi để có thể sử dụng cho những chu kỳ sau. Bệnh nhân được dùng thuốc hỗ trợ cho quá trình làm tổ của phôi trong 2 tuần sau chuyển phôi.

Thủ thai

Bệnh nhân sẽ được định lượng beta-hCG trong máu vào 2 tuần sau chuyển phôi. Nếu kết quả dương tính bệnh nhân sẽ được hẹn siêu âm để xác định tình trạng thai và số thai vào 3 tuần sau.

Siêu âm thai

Siêu âm thực hiện sau 3 tuần nếu kết quả beta-hCG dương tính. Siêu âm nhằm xác định chính xác có thai hay không, số lượng và tình trạng thai.

NHỮNG ĐIỀU BỆNH NHÂN NÊN VÀ KHÔNG NÊN LÀM KHI THỰC HIỆN TTTON

Chế độ dinh dưỡng

Bệnh nhân ăn uống bình thường, không cần kiêng cữ bất cứ thức ăn gì trong quá trình kích thích buồng trứng và sau chuyển phôi. Những bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng nên ăn nhiều chất đạm (thịt, cá) và uống nhiều nước để giúp giảm nhanh tình trạng quá kích buồng trứng.

Lối sống

Người chồng không nên hút thuốc lá vì có thể ảnh hưởng đến chất lượng tinh trùng, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng của phôi và kết quả có thai. Người vợ không làm việc nặng cũng như không tập những môn thể thao nặng trong quá trình kích thích buồng trứng và sau chuyển phôi. Nên tránh quan hệ tình dục trong giai đoạn kích thích buồng trứng và sau khi chuyển phôi.

Chế độ nghỉ ngơi sau chuyển phôi

Sau chuyển phôi, bệnh nhân thường được khuyên nằm nghỉ một vài giờ đồng hồ, sau đó, có thể hoạt động như bình thường. Bệnh nhân vẫn có thể đi làm, tránh làm việc nặng hay chơi các môn thể thao dùng nhiều sức như chạy bộ, nhảy dây,... Thực tế, có một số bệnh nhân muốn nằm bất động nhiều ngày liền sau chuyển phôi vì lo ngại phôi sẽ bị đẩy ra ngoài. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ có thai của bệnh nhân vận động ngay và nằm bất động sau chuyển phôi là nhu nhau. Hơn nữa, việc nằm bất động nhiều ngày liền sau chuyển phôi có thể gây một số bất lợi như mệt mỏi, ăn uống kém, vệ sinh cơ thể nhất là vùng sinh dục và tiết niệu không tốt, gây viêm xuất huyết bàng quang,... Một biến chứng khác quan trọng có thể gây ảnh hưởng đến quá trình mang thai sau chuyển phôi, đó là thuyên tắc tĩnh mạch, thường gặp ở chi dưới. Bệnh này xảy ra do sự hình thành cục máu đông trong lòng mạch máu ở những bệnh nhân có cơ địa tăng nội tiết tố nữ mà nằm bất động quá lâu ngày. Do vậy, bệnh nhân không nên nằm bất động nhiều ngày liền sau chuyển phôi vì không có lợi mà còn có thể gây các tác động có hại đến quá trình làm tổ của phôi và mang thai.



NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ TTTON

Tuổi vợ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công TTTON. Tuổi vợ càng cao thì tỉ lệ có thai càng giảm, do tuổi càng cao, số lượng noãn còn ít, dẫn đến số phôi sẽ ít, chất lượng phôi kém từ đó tỉ lệ có thai giảm. Nguyên nhân hiếm muộn cũng có liên quan đến kết quả TTTON. Tỉ lệ có thai thường cao hơn ở nhóm hiếm muộn nguyên nhân do chồng hơn là những nguyên nhân khác. Ngoài ra, phác đồ điều trị, điều kiện nuôi cấy phôi của từng labo TTTON và kỹ năng của bác sĩ thực hiện là các yếu tố giữ vai trò quyết định sự thành công của TTTON.

Phẫu thuật nội soi trong khảo sát và điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng





Phẫu thuật nội soi trong khảo sát và điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng

BS. Vương Thị Ngọc Lan

Phẫu thuật nội soi là một tiến bộ đáng kể trong phẫu thuật phụ khoa. So với phẫu thuật mở bụng hở, nội soi có nhiều ưu điểm như giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu, thời gian nằm viện ngắn, vết rạch da nhỏ nên mau lành sẹo và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Với sự phát triển của kỹ thuật và thiết bị, dụng cụ, nội soi ngày càng được áp dụng cho phẫu thuật nhiều loại bệnh lý phụ khoa như bóc u buồng trứng, bóc nhau xơ tử cung, cắt tử cung,... Trong lĩnh vực hiếm muộn, phẫu thuật nội soi được xem là “tiêu chuẩn vàng” để chẩn đoán và điều trị các tổn thương vòi trứng.

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG VÒI TRỨNG

Tổn thương vòi trứng chiếm khoảng 30% các nguyên nhân hiếm muộn. Nhiều phương pháp khác nhau được sử dụng để khảo sát các tổn thương của vòi trứng như chụp Xquang buồng tử cung và vòi trứng có cản quang, siêu âm và phẫu thuật nội soi. Mỗi phương pháp có ưu và khuyết điểm riêng.

Khi một phụ nữ hiếm muộn có nghi ngờ tổn thương vòi trứng, chụp Xquang buồng tử cung vòi trứng có cản quang thường được thực hiện trước do phương pháp này đơn giản, bệnh nhân không cần phải nhập viện. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ khảo sát vòi trứng gián tiếp và độ chính xác của kết quả không cao. Phẫu thuật nội soi thường được chỉ định sau khi bệnh nhân được chụp Xquang buồng tử cung vòi trứng có cản quang cho kết quả bất thường. Ngoài việc khảo sát các tổn thương của vòi trứng, nội soi còn giúp điều trị các tổn thương này ngay trong lúc mổ.

Thời điểm và kỹ thuật thực hiện

Nội soi khảo sát tổn thương vòi trứng thường được thực hiện ở thời điểm bệnh nhân vừa sạch kinh. Thời điểm này thuận tiện cho việc khảo sát buồng tử cung kết hợp do nội mạc tử cung chưa quá dày, hơn nữa, tránh được việc thực hiện khảo sát khi bệnh nhân đang có thai. Bệnh nhân được yêu cầu nhập viện và có các chuẩn bị cho cuộc mổ như khám với bác sĩ gây mê hồi sức, vệ sinh cơ thể và chuẩn bị ruột như nhịn ăn, uống thuốc làm sạch ruột,...

Sau khi bệnh nhân đã được gây mê, bác sĩ sẽ rạch da rất nhỏ, khoảng 1-1,5cm, qua đó tạo một vài lỗ vào bụng rất nhỏ, đưa camera và các dụng cụ vào ổ bụng khảo sát. Qua nội soi, các bác sĩ sẽ trực tiếp quan sát các cơ quan trong ổ bụng, xem tổn thương, đánh giá mức độ tổn thương và kết hợp điều trị. Để đánh giá sự thông thường của vòi trứng, bác sĩ sẽ đặt một ống vào buồng tử cung, bơm chất dịch màu xanh, gọi là xanh methylene, qua buồng tử cung vào vòi trứng và quan sát trực tiếp để ghi nhận kết quả. Nếu vòi trứng thông, chất dịch sẽ chảy một cách dễ dàng vào ổ bụng. Nếu vòi trứng bị tắc, chất dịch sẽ ú lại ở đoạn tắc.

Các tổn thương thường gặp của vòi trứng gồm tắc đoạn gần, đoạn xa vòi trứng và ứ dịch vòi trứng. Tắc đoạn gần vòi trứng là tình trạng vòi trứng bị tắc nghẽn ở đoạn vòi trứng gần vào sừng tử cung sau khi thực hiện test bom xanh methylene. Tắc đoạn gần vòi trứng thường do bệnh lý lạc nội mạc tử cung ở sừng tử cung, nhân xơ tử cung ở vùng đáy tử cung hay nhân xơ nhỏ ở sừng tử cung. Tắc đoạn xa vòi trứng là tình trạng tắc vòi trứng ở phía vòi trứng thông vào ổ bụng. Tắc đoạn xa vòi trứng thường do tình trạng nhiễm trùng, viêm dính trong vùng chậu. Ứ dịch vòi trứng là tình trạng loa vòi trứng bị bít lại gây ứ dịch thành một túi phồng lên ở đầu vòi trứng về phía ổ bụng. Ứ dịch vòi trứng thường được xem là tổn thương vòi trứng mức độ trung bình nặng.

Để có hiện tượng thụ tinh và thụ thai trong buồng tử cung, nhiệm vụ của vòi trứng là rất quan trọng. Vòi trứng phải đón bắt noãn khi noãn được phóng ra khỏi buồng trứng, vận chuyển noãn và tinh trùng tới địa điểm thụ tinh (ở 1/3 ngoài vòi trứng), sau đó, vận chuyển phôi đã thụ tinh vào buồng tử cung để làm tổ. Để thực hiện được các chức năng của mình, vòi trứng cần phải thông tốt và quan trọng hơn, vòi trứng phải nhu động tốt và lớp niêm mạc lót trong lòng vòi trứng phải có nhiều nếp gấp. Chính sự nhu động của vòi trứng sẽ giúp vận chuyển tốt noãn, tinh trùng, phôi vào buồng tử cung và hạn chế tình trạng thai ngoài tử cung (thai làm tổ ở vòi trứng thay vì ở buồng tử cung). Do đó, ngoài việc kiểm tra sự thông thương của vòi trứng, nội soi còn giúp đánh giá sự mềm mại và độ nhu động của vòi trứng. Nếu vòi trứng thông mà bị xơ cứng, không nhu động, vòi trứng cũng được xem là tổn thương nặng và không còn chức năng nữa.

Phân độ tổn thương vòi trứng qua nội soi

Phân độ tổn thương vòi trứng được thực hiện sau khi bác sĩ đã đánh giá kỹ tình trạng vòi trứng qua nội soi. Việc phân độ tổn thương vòi trứng giúp cho các bác sĩ chuyên khoa hiếm muộn có quyết định phuơng

pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Tùy theo hệ thống phân loại mà tổn thương vòi trứng được chia làm 3 mức độ hay 4 mức độ. Tổn thương vòi trứng độ III và IV là các mức độ nặng. Ở mức độ này, vòi trứng thường có tình trạng ứ dịch bít loa, thành vòi trứng dày và lớp niêm mạc lót bên trong vòi trứng không còn nếp gấp nữa. Tổn thương vòi trứng nhẹ khi vòi trứng vẫn thông tốt, niêm mạc vòi trứng vẫn còn nhiều nếp gấp.

Phân độ dính

Ngoài việc đánh giá vòi trứng, nội soi còn giúp đánh giá mức độ dính trong ổ bụng và xung quanh vòi trứng. Tình trạng dính cũng có liên quan đến hiện tượng thụ tinh và thụ thai. Dựa vào kiểu dính dày hay mỏng, vị trí dính và mức độ lan rộng của dính, bác sĩ sẽ phân độ dính trong ổ bụng thành mức độ dính nhẹ, trung bình hay nặng. Tuy nhiên, để có cái nhìn toàn diện, bác sĩ thường kết hợp phân độ tổn thương vòi trứng và phân độ dính nhằm chọn lựa biện pháp điều trị và tiên lượng khả năng có thai tự nhiên lại sau can thiệp bằng nội soi.

ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN DO TỔN THƯƠNG VÒI TRỨNG: SỰ CHỌN LỰA GIỮA PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Chiến lược điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần dựa trên sự khảo sát cẩn thận tình trạng vòi trứng và dính của vùng chậu. Tắc đoạn gần vòi trứng thường không thể giải quyết được bằng nội soi mà cần điều trị bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản giúp bệnh nhân có thai. Nội soi có thể can thiệp trong các trường hợp tắc vòi trứng đoạn xa, ứ dịch vòi trứng và một số trường hợp dính vùng chậu không quá nặng. Bác sĩ sẽ gỡ dính và tái tạo loa vòi để điều trị các trường hợp này. Tuy nhiên, kết quả điều trị ở các bệnh nhân này không phải là vòi trứng

thông hay không sau phẫu thuật mà khả năng có thai mới là yếu tố quan trọng để đánh giá kết quả. Do đó, để điều trị hiếm muộn cho bệnh nhân có tổn thương vòi trứng, bác sĩ cần xem xét thêm các yếu tố khác liên quan đến khả năng có thai của người phụ nữ và cân nhắc chọn lựa phẫu thuật nội soi hay thụ tinh trong ống nghiệm trong từng trường hợp cụ thể.

Các yếu tố được cân nhắc khi chọn lựa phẫu thuật nội soi hay thụ tinh trong ống nghiệm trong điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng bao gồm tuổi của người phụ nữ, độ nặng của tổn thương vòi trứng và dính, hiệu quả của từng phương pháp, sự kết hợp của các nguyên nhân gây hiếm muộn khác, chi phí và các biến chứng của phương pháp điều trị (xem Bảng 20.1).

Phẫu thuật nội soi	Ú dịch vòi trứng nhẹ
	Chỉ có tổn thương ở loa vòi trứng
	Không hay dính rất ít
	Tuổi vợ dưới 35
Thụ tinh trong ống nghiệm	Tinh trùng chống bình thường
	Ú dịch vòi trứng trung bình hay nặng
	Dính trung bình hay nặng
	Tắc vòi trứng trở lại sau phẫu thuật
	Tuổi vợ từ 36 trở lên
	Không thụ thai sau 6 đến 12 tháng sau phẫu thuật
	Tiền căn thai ngoài tử cung
	Tinh trùng chống bất thường

Bảng 20.1 Chọn lựa bệnh nhân cho phẫu thuật nội soi
hay thụ tinh trong ống nghiệm để điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng.

Phẫu thuật nội soi có vai trò quan trọng trong khảo sát và điều trị tổn thương vòi trứng. Tuy nhiên, để điều trị hiếm muộn do tổn thương vòi trứng, bác sĩ cần có cái nhìn toàn diện, xem xét nhiều yếu tố khác liên quan đến khả năng có thai của người phụ nữ, đưa ra hướng điều trị và thảo luận cẩn thận với bệnh nhân để có quyết định chọn lựa biện pháp điều trị phù hợp.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản



Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản

BS. Hồ Mạnh Tường

KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

Thuật ngữ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (KTHTSS) xuất phát từ gốc tiếng Anh là “Assisted Reproductive Technologies”, thường được viết tắt là ART. KTHTSS là những kỹ thuật kết hợp giữa y học và sinh học, can thiệp vào các bước trong sinh lý sinh sản tự nhiên nhằm giúp làm tăng khả năng sinh sản. KTHTSS phát triển mạnh trên thế giới sau khi em bé đầu tiên từ TTTON ra đời năm 1978. Ở các nước phát triển, số em bé ra đời từ các KTHTSS chiếm khoảng 1-5% số trẻ sinh ra hàng năm.

Nói chung, KTHTSS bao gồm kỹ thuật cơ bản là TTTON và các kỹ thuật có kết hợp hoặc có liên quan đến TTTON.

Hiện nay, Việt Nam đã thực hiện thành công tất cả các KTHTSS hiện có trên thế giới. Trong một số kỹ thuật chuyên biệt, Việt Nam hiện đã đạt đến trình độ thế giới.

THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) được dịch từ gốc tiếng Anh là “In-vitro fertilization”, viết tắt tiếng Anh là IVF. Em bé đầu tiên trên thế giới sinh ra từ kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm là cô Louis Brown, được sinh ra tại Anh vào năm 1978. Tại Việt Nam, kỹ thuật TTTON được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1997 bởi nhóm nghiên cứu của

bác sĩ Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự. Ngày 30/4/1998, ba em bé TTTON đầu tiên của Việt Nam, từ ba cặp vợ chồng, đã ra đời tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ. Hiện nay, trên thế giới mỗi năm có khoảng 1.000.000 trường hợp TTTON.

Các trường hợp cần được điều trị với TTTON có thể bao gồm: tắc vòi trứng, bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng (tinh trùng ít, tinh trùng di động kém, tinh trùng dị dạng nhiều), lạc nội mạc tử cung, hiếm muộn không rõ nguyên nhân, thất bại với các kỹ thuật điều trị khác... Ngoài ra, TTTON còn được chỉ định cho các trường hợp xin trứng, chẩn đoán di truyền tiền làm tổ.

Kỹ thuật TTTON bao gồm nhiều bước. Đầu tiên là kích thích buồng trứng để có nhiều noãn phát triển giúp tăng hiệu quả điều trị. Sau đó, thực hiện chọc hút noãn với máy siêu âm đầu dò âm đạo. Noãn của người sau khi chọc chút được sẽ được nuôi cấy với tinh trùng để thụ tinh tạo phôi. Với những trường hợp chất lượng và số lượng tinh trùng kém, hoặc nghi ngờ có bất thường về thụ tinh, người ta thường thực hiện một phương pháp đặc biệt gọi là tiêm thẳng tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI). Các chuyên gia phôi học sẽ tiếp tục theo dõi nuôi phôi trong phòng nuôi cấy phôi với điều kiện rất nghiêm ngặt. Sau thời gian nuôi cấy phôi từ 2-5 ngày, phôi sẽ được cấy vào buồng tử cung.

Sau đó, các phôi được chọn lựa để cấy vào tử cung sẽ được hút vào một ống nhựa kích thước rất nhỏ và đặc biệt mềm. Bác sĩ sẽ đưa ống nhựa nhẹ nhàng vào buồng tử cung và đặt phôi vào trong buồng tử cung. Tùy theo chất lượng phôi và tình trạng bệnh lý, bác sĩ thường cấy trung bình 2-3 phôi vào buồng tử cung. Các phôi chất lượng tốt còn dư lại sẽ được đông lạnh để có thể sử dụng sau đó.

Phôi sau khi đặt vào buồng tử cung sẽ có thể làm tổ và phát triển thành thai nhi như bình thường. Khoảng 14 ngày sau cấy phôi, bệnh nhân có thể thử thai để biết kết quả. Tỉ lệ có thai trung bình khoảng 35%. Việc

khám theo dõi thai và sinh đẻ của thai từ TTTON hoàn toàn như một thai bình thường. Tuy nhiên, tỉ lệ đa thai (hơn một thai) thường cao hơn đối với những trường hợp có thai từ TTTON. Biến chứng thường gặp khác là hội chứng quá kích buồng trứng.

TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOĀN

Thuật ngữ tiêm tinh trùng vào bào tương noãn xuất phát từ gốc tiếng Anh là “Intra-cytoplasmic sperm injection”, viết tắt là ICSI, đọc là “icsi”. Đây là một kỹ thuật trợ giúp cho quá trình thụ tinh giữa noãn và tinh trùng. Kỹ thuật ICSI được thực hiện thành công trên thế giới vào năm 1992. Tại Việt Nam, ICSI được áp dụng thành công đầu tiên vào năm 1998, do bác sĩ Hồ Mạnh Tường và các cộng sự thực hiện.

Hiện nay, theo các báo cáo thống kê trên thế giới, kỹ thuật ICSI được sử dụng khá phổ biến. Kỹ thuật ICSI được áp dụng trong các chu kỳ TTTON có các yếu tố sau: bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng, nghi ngờ có bất thường về thụ tinh giữa noãn và tinh trùng, tỉ lệ thụ tinh thấp ở những lần điều trị trước, chẩn đoán di truyền tiền làm tổ... Gần đây, trên thế giới có khuynh hướng mở rộng thực hiện ICSI cho nhiều trường hợp khác nhờ ICSI giúp giảm tỉ lệ không có phôi do không thụ tinh hoàn toàn (tất cả các noãn hút được đều không thụ tinh) và góp phần tăng số lượng phôi có được.

Trong kỹ thuật ICSI, người ta tiêm thẳng một tinh trùng vào bào tương noãn để thụ tinh noãn. Kỹ thuật này có sự hỗ trợ của hệ thống vi thao tác và kính hiển vi đảo ngược với độ phóng đại 200-300 lần. Với kỹ thuật TTTON cổ điển, phải cần ít nhất vài trăm nghìn tinh trùng chất lượng tốt để cấy với một noãn. Trong khi với ICSI, chỉ cần một tinh trùng là có thể thụ tinh với một noãn. Do đó, ICSI được xem là một cuộc cách mạng trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân nam giới. Mặc dù với số lượng tinh trùng cần thiết ít hơn rất nhiều, tỉ lệ thụ tinh

giữa noãn và tinh trùng của kỹ thuật ICSI thường cao hơn so với TTON cổ điển. Hiện nay, tỉ lệ có thai sau điều trị bằng kỹ thuật ICSI trung bình khoảng 35-40%.

XIN NOÃN

Là kỹ thuật giúp một phụ nữ (người nhận noãn) có thể thụ thai với noãn của phụ nữ khác (người cho noãn). Kỹ thuật này được bác sĩ Vương Thị Ngọc Lan và cộng sự thực hiện thành công ở Việt Nam từ năm 1999. Một số phụ nữ không thể có thai với noãn của mình do nhiều nguyên nhân khác nhau:

1. Suy buồng trứng (tương tự như mãn kinh): buồng trứng không còn hoạt động.
2. Giảm dự trữ buồng trứng: buồng trứng có thể còn hoạt động nhưng số lượng và chất lượng noãn quá kém nên không có khả năng có thai hoặc khả năng có thai là quá thấp.
3. Có bệnh lý ở buồng trứng làm ảnh hưởng đến chức năng buồng trứng hoặc đã cắt buồng trứng nên không còn khả năng có thai.

Trong kỹ thuật này, người nhận và người cho sẽ được điều chỉnh cho chu kỳ kinh trùng với nhau bằng thuốc nội tiết. Sau đó, người nhận sẽ được dùng thuốc nội tiết để chuẩn bị nội mạc tử cung. Song song đó, người cho sẽ được sử dụng thuốc kích thích buồng trứng. Khi nang noãn đủ lớn, người cho sẽ được chọc hút noãn. Noãn sẽ được thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm với tinh trùng của chồng người nhận. Phôi được tạo ra sẽ được cấy vào buồng tử cung người nhận. Nếu phôi tiếp tục phát triển và làm tổ trong tử cung, người nhận có thể mang thai và sinh nở như bình thường. Nếu chất lượng noãn tốt, tỉ lệ có thai sau kỹ thuật xin noãn vào khoảng 50%.

MANG THAI HỘ

Là kỹ thuật giúp một cặp vợ chồng, trong đó người vợ không thể mang thai vì lý do y học, có thể có con của chính mình. Kỹ thuật này được bác sĩ Vương Thị Ngọc Lan và cộng sự thực hiện thành công ở Việt Nam vào năm 2000 cho 2 trường hợp dưới sự cho phép của Bộ Y tế. Tuy nhiên, từ năm 2003, kỹ thuật này bị cấm thực hiện ở Việt Nam, theo nghị định của chính phủ về "Sinh con bằng phương pháp khoa học" ban hành cùng năm. Hiện nay kỹ thuật này không còn được thực hiện tại Việt Nam.

Các trường hợp có chỉ định mang thai hộ:

1. Người vợ có tử cung bất thường hay bệnh lý không mang thai được.
2. Người vợ bị cắt tử cung do các bệnh lý hay tai biến.
3. Người vợ bị bệnh nội khoa có thể diễn tiến nặng khi có thai và ảnh hưởng đến tính mạng mẹ và con, đặc biệt là bệnh tim.
4. Người vợ bị bệnh miễn dịch không thể thụ thai hay mang thai.

Kỹ thuật này được thực hiện gần tương tự như kỹ thuật xin noãn. Người mang thai hộ và người vợ sẽ được dùng thuốc nội tiết để điều chỉnh chu kỳ kinh. Người mang thai hộ sẽ được chuẩn bị nội mạc tử cung bằng nội tiết tố. Người vợ sẽ được kích thích buồng trứng. Noãn chọc hút được từ người vợ sẽ được thụ tinh trong ống nghiệm với tinh trùng của người chồng. Phôi của cặp vợ chồng sẽ được cấy vào tử cung người mang thai hộ. Nếu có thai, thai kỳ sẽ diễn ra hoàn toàn bình thường trong tử cung của người mang thai hộ.

Sau khi sinh, cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ sẽ nhận lại con của mình từ người mang thai hộ sau khi đã hoàn tất các thủ tục về pháp lý.

ĐÔNG LẠNH VÀ LƯU TRỮ TINH TRÙNG

Kỹ thuật đông lạnh và lưu trữ tinh trùng người trong ni-tơ lỏng được được sĩ Trương Công Hổ và cộng sự thực hiện thành công ở Việt Nam từ năm 1995. Tinh trùng sống được trong đường sinh dục nữ trung bình 3-5 ngày. Trong môi trường bên ngoài cơ thể, nếu được nuôi cấy phù hợp, tinh trùng có thể sống 2-3 ngày.

Kỹ thuật đông lạnh giúp lưu giữ được tinh trùng trong thời gian nhiều năm mà vẫn còn khả năng thụ tinh sau khi rã đông. Trong kỹ thuật này, tinh trùng được pha với môi trường bảo quản đông lạnh, sau đó được hạ nhiệt độ từ từ xuống đến khoảng -80°C . Sau đó, tinh trùng được lưu trữ trong ni-tơ lỏng ở nhiệt độ -196°C . Khi cần sử dụng, tinh trùng sẽ được rã đông. Sau rã đông, khoảng hơn 50% tinh trùng còn sống. Tinh trùng sống sau rã đông có khả năng thụ tinh noãn tương đương với tinh trùng bình thường. Tinh trùng chất lượng càng kém thì khả năng sống sau đông lạnh càng thấp.

Gần đây, kỹ thuật đông lạnh mô tinh hoàn được Thạc sĩ Trương Thị Thanh Bình và cộng sự nghiên cứu áp dụng thành công đầu tiên ở Việt Nam vào năm 2008. Mô tinh hoàn được xử lý, đánh giá, sau đó đem hạ nhiệt, đông lạnh và lưu trữ. Sau khi rã đông, tinh trùng sẽ được phân lập và nuôi cấy qua đêm trước khi sử dụng cho kỹ thuật ICSI.

ĐÔNG LẠNH VÀ LƯU TRỮ PHÔI

Kỹ thuật đông lạnh và lưu trữ phôi trong ni-tơ lỏng được bác sĩ Hồ Mạnh Tường và cộng sự thực hiện thành công ở Việt Nam từ năm 2002. Phôi phát triển trong tử cung đến khoảng ngày thứ 6 và thứ 7 sau khi thụ tinh sẽ bám vào nội mạc tử cung để làm tổ và tiếp tục phát triển. Kỹ thuật đông lạnh giúp lưu trữ phôi, ở giai đoạn trước khi làm tổ, trong ni-tơ lỏng trong thời gian nhiều năm.

Phôi sẽ được cho tiếp xúc với các môi trường bảo vệ với nồng độ tăng dần. Sau đó, phôi sẽ được đưa vào buồng hạ nhiệt độ khoảng 2 giờ trước khi cho vào ni-tơ lỏng (đông lạnh chậm) hoặc cho thẳng vào ni-tơ lỏng (thủy tinh hóa).

Khi cần sử dụng, phôi có thể được rã đông, sau đó cấy trở lại vào buồng tử cung. Tỉ lệ phôi sống sau rã đông với phương pháp đông lạnh chậm là 70-80%. Tỉ lệ phôi sống sau rã đông với phương pháp thủy tinh hóa (đông lạnh cực nhanh) là trên 95%. Tỉ lệ có thai sau khi cấy phôi rã đông vào tử cung trung bình khoảng 20-30%.

Phương pháp đông lạnh phôi bằng thủy tinh hóa (vitrification) được bác sĩ Đặng Quang Vinh và cộng sự thực hiện thành công đầu tiên ở Việt Nam từ năm 2006. Hiện nay, Việt Nam là một trong những nước đi đầu trong khu vực về đông lạnh phôi bằng phương pháp thủy tinh hóa.

ĐÔNG LẠNH VÀ LƯU TRỮ NOĀN

Kỹ thuật đông lạnh và lưu trữ noān được bác sĩ Đặng Quang Vinh và cộng sự thực hiện thành công tại Việt Nam vào năm 2003. Noān sau khi phóng noān hoặc chọc hút ra ngoài cơ thể chỉ có khả năng thụ tinh và phát triển thành phôi trong vòng 24 giờ. Kỹ thuật đông lạnh giúp lưu trữ noān trong thời gian nhiều năm.

Trong kỹ thuật đông lạnh noān, noān sẽ được cho tiếp xúc với các môi trường bảo vệ với nồng độ tăng dần. Sau đó, noān sẽ được đưa vào buồng hạ nhiệt độ khoảng 2 giờ trước khi cho vào ni-tơ lỏng (đông lạnh chậm) hoặc cho thẳng vào ni-tơ lỏng (thủy tinh hóa).

Khi cần sử dụng, noān có thể được rã đông, noān sống sau rã đông vẫn có thể thụ tinh với tinh trùng bằng thụ tinh trong ống nghiệm để tạo thành phôi bình thường. Tỉ lệ noān sống sau rã đông là trên 90%. Phôi được hình thành từ noān rã đông khi cấy vào tử cung sẽ có khả năng

tiếp tục phân chia, làm tổ và phát triển thành thai nhi như sinh lý bình thường. Tỉ lệ có thai khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm với noãn sau rã đông vào khoảng 20-25%.

Việt Nam hiện là một trong những nước đi đầu trong khu vực về đông lạnh noãn.

PHẪU THUẬT TRÍCH TINH TRÙNG

Đây là kỹ thuật sử dụng cho những trường hợp hiếm muộn nam không có tinh trùng. Theo các thống kê ở Việt Nam, khoảng 50% trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch vẫn tìm thấy tinh trùng trong mào tinh và tinh hoàn. Trong những trường hợp này, bệnh nhân có thể được thực hiện các thủ thuật trích tinh trùng để thu nhận tinh trùng và thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

Các phẫu thuật trích tinh trùng phổ biến hiện nay bao gồm:

- * Chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da - Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration (PESA). Tóm tắt kỹ thuật: xác định vị trí mào tinh, chọc kim xuyên qua da để hút tinh trùng.
- * Chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua vi phẫu - Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration (MESA). Tóm tắt kỹ thuật: mở bao tinh hoàn, bóc lộ mào tinh và hút tinh trùng từ trong mào tinh.
- * Chọc hút tinh trùng từ tinh hoàn - Testicular Sperm Aspiration (TESA). Tóm tắt kỹ thuật: Đâm kim xuyên da vào mô tinh hoàn và hút lấy nhiều mẫu mô. Sau đó tìm và phân lập tinh trùng từ mô tinh hoàn hút được.
- * Phân lập tinh trùng từ mô tinh hoàn - Testicular Sperm Extraction (TESE). Tóm tắt kỹ thuật: Mở bao tinh hoàn, bóc lộ tinh hoàn, xé tinh hoàn và cắt lấy các phần mô nghi ngờ còn sinh tinh. Sau đó tìm và phân lập tinh trùng từ mô tinh hoàn.

Các kỹ thuật trên được bác sĩ Nguyễn Thành Như và cộng sự thực hiện thành công đầu tiên ở Việt Nam từ năm 2002. Hiện nay, hai kỹ thuật được sử dụng thường xuyên nhất là PESA và TESE.

Tinh trùng thu được từ các thủ thuật trên chỉ có thể sử dụng để thực hiện TTTON kết hợp với ICSI.

NUÔI TRỨNG TRƯỞNG THÀNH TRONG ỐNG NGHIỆM

Kỹ thuật nuôi trứng trưởng thành trong ống nghiệm được viết tắt theo tiếng Anh là IVM (In-vitro Maturation). Với kỹ thuật này, bệnh nhân có thể được thực hiện TTTON mà không phải kích thích buồng trứng. Trứng được chọc hút trực tiếp từ các nang noãn nhỏ từ buồng trứng, không có kích thích buồng trứng trước đó. Sau đó trứng tìm được sẽ được nuôi trưởng thành trong môi trường đặc biệt. Trứng sau khi trưởng thành sẽ được cho thụ tinh với tinh trùng. Việc nuôi cấy phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung sẽ được thực hiện như bình thường.

Kỹ thuật IVM được nhóm nghiên cứu của bác sĩ Vương Thị Ngọc Lan, bác sĩ Đặng Quang Vinh và các cộng sự thực hiện thành công đầu tiên ở Việt Nam vào năm 2006. Hiện nay, Việt Nam là một trong những nước thực hiện kỹ thuật này nhiều nhất và thành công cao nhất trên thế giới.

Kỹ thuật IVM mang lại nhiều lợi ích do bệnh nhân không phải kích thích buồng trứng:

- * Giảm 50% chi phí so với TTTON cổ điển.
- * An toàn hơn cho bệnh nhân vì loại trừ hoàn toàn hội chứng quá kích buồng trứng.
- * Rút ngắn qui trình theo dõi và điều trị TTTON từ hơn 4 tuần xuống còn 1 tuần.

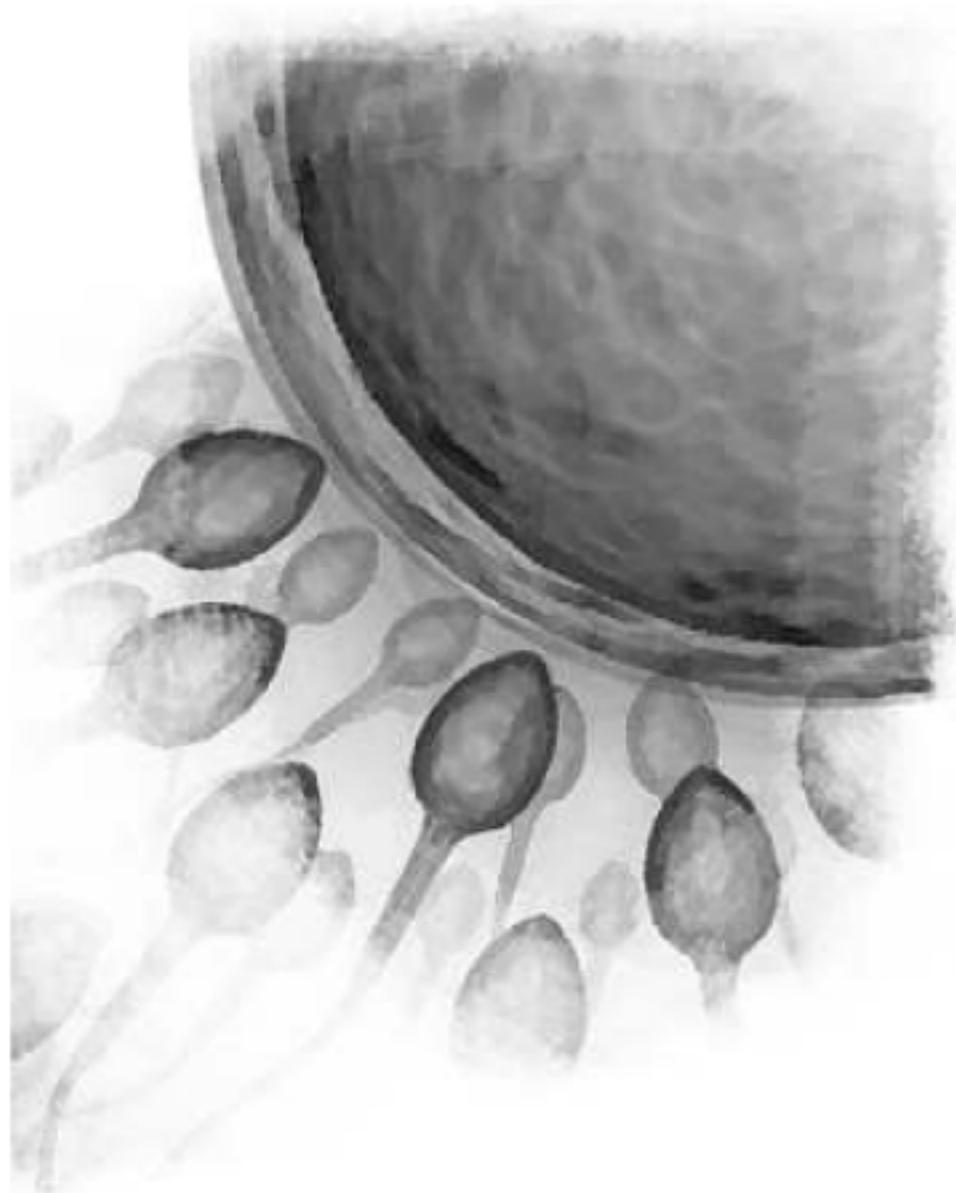
KỸ THUẬT HỖ TRỢ PHÔI THOÁT MÀNG

Để có thể bám vào nội mạc tử cung và làm tổ, phôi phải thoát khỏi màng trong suốt bao quanh phôi (zona pellucida). Trong TTON, phôi được nuôi cấy trong môi trường bên ngoài cơ thể (in-vitro) và sau đó được cấy lại vào buồng tử cung. Một số nghiên cứu cho thấy tính chất màng trong suốt có thể thay đổi do môi trường nuôi cấy khác biệt với môi trường trong tử cung. Do đó, phôi phát triển trong môi trường in-vitro có thể gặp khó khăn khi thoát khỏi màng trong suốt.

Để khắc phục điều này, kỹ thuật phôi thoát màng được thực hiện bằng cách làm mỏng hoặc tạo một lỗ thủng trên màng trong suốt trước khi cấy phôi vào tử cung. Nhờ đó, phôi có thể thoát màng dễ hơn, tỉ lệ làm tổ và khả năng có thai sau TTON được cải thiện. Hai phương pháp phổ biến được sử dụng để hỗ trợ phôi thoát màng là sử dụng dung dịch Tyrode hoặc tia LASER.

Hỗ trợ phôi thoát màng bằng dung dịch Tyrode và LASER được thạc sĩ Lê Thụy Hồng Khả và cộng sự thực hiện thành công lần đầu tiên ở Việt Nam vào năm 2008.

Các biến chứng của điều trị hiếm muộn





Các biến chứng của điều trị hiếm muộn

BS. Vương Thị Ngọc Lan

Các kỹ thuật điều trị hiếm muộn, nói chung, khá an toàn. Các biến chứng tuy ít xảy ra nhưng cả bệnh nhân và bác sĩ điều trị đều nên biết về các dấu hiệu của nó để có thể phát hiện và xử trí sớm. Biến chứng của điều trị hiếm muộn gồm các biến chứng liên quan đến dùng thuốc kích thích buồng trứng, liên quan đến thủ thuật thực hiện và ngoài ra, trong bài này, chúng tôi cũng bàn thêm về một số vấn đề liên quan đến thai kỳ và trẻ sinh ra từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản trong điều trị hiếm muộn.

CÁC BIẾN CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN DÙNG THUỐC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Tác dụng phụ của thuốc kích thích buồng trứng

Thuốc kích thích buồng trứng dạng uống hay dạng tiêm được sử dụng trong điều trị hiếm muộn nhằm tạo sự phát triển của từ vài đến nhiều nang noãn ở buồng trứng. Bên cạnh tác dụng chính, mong muốn khi điều trị theo phương pháp này, một số tác dụng phụ khác có thể gặp như tình trạng đau căng bụng, đau ngực, tăng cân, buồn nôn, nôn và rối loạn kinh nguyệt như rong kinh rong huyết. Các tình trạng này thường có liên quan đến sự phát triển của nhiều nang noãn trên buồng trứng và sẽ giảm đi sau khi đã chọc hút lấy noãn trong kỹ thuật thụ tinh

trong ống nghiệm hay tự mất đi nếu bệnh nhân không có thai trong chu kỳ điều trị đó.

Rong kinh rong huyết do dùng thuốc kích thích buồng trứng ít xảy ra, tuy nhiên, nếu có, thường do thuốc sử dụng chưa phù hợp về liều lượng hay thời gian hoặc do sự đáp ứng của buồng trứng và nội mạc tử cung không phù hợp. Thông thường, điều chỉnh loại và liều thuốc sử dụng sẽ điều trị được tình trạng rối loạn kinh nguyệt này mà không cần phải thực hiện thủ thuật nạo sinh thiết buồng tử cung.

HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

Quá kích buồng trứng là tình trạng đáp ứng quá mức của buồng trứng với thuốc kích thích buồng trứng đưa đến sự phát triển quá nhiều các nang noãn buồng trứng và tình trạng tràn dịch ở các màng của cơ thể như màng bụng, màng phổi, màng tim,...

Đây là biến chứng thường gặp nhất khi sử dụng thuốc kích thích buồng trứng để điều trị hiếm muộn. Hội chứng quá kích buồng trứng xảy ra trong khoảng 25% các trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm, thường ở mức độ nhẹ, quá kích buồng trứng nặng chỉ xảy ra dưới 2% các trường hợp. Tần suất quá kích buồng trứng thấp hơn trong các trường hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung, khoảng 1%.

Đối tượng bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng

Tần suất và độ nặng của hội chứng quá kích buồng trứng thay đổi tùy theo sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ. Việc nhận biết các yếu tố nguy cơ và đối tượng bệnh nhân có nguy cơ cao quá kích buồng trứng sẽ giúp bác sĩ chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp, phác đồ và liều thuốc sử dụng phù hợp để giảm thiểu biến chứng này. Các bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng gồm tuổi trẻ, thể trạng gầy, có hội chứng buồng trứng đa nang và đã có tiền căn bị quá kích buồng trứng.

Các yếu tố nguy cơ của quá kích buồng trứng gồm các chu kỳ điều trị có sử dụng thuốc dạng tiêm để kích thích buồng trứng, các chu kỳ điều trị có nhiều nang noãn phát triển (trên 15-20 nang ở 2 buồng trứng), nồng độ nội tiết estradiol tăng cao và thụ thai trong cùng chu kỳ điều trị.

Các triệu chứng quá kích buồng trứng

Các triệu chứng của quá kích buồng trứng gồm đau căng bụng; rối loạn tiêu hóa như buồn nôn, nôn, tiêu chảy; rối loạn hô hấp như ho, khó thở; rối loạn tiết niệu, tiểu ít. Bệnh nhân được khám, xét nghiệm và siêu âm sẽ thấy 2 buồng trứng to lên, nhiều nang lớn nhỏ không đều trên buồng trứng, dịch ổ bụng, dịch màng phổi và tình trạng cô đặc máu. Cơ chế gây ra các triệu chứng của quá kích buồng trứng là do tình trạng tăng thoát dịch từ lòng mạch máu ra ổ bụng, màng phổi, màng tim,...

Phân độ quá kích buồng trứng

Dựa vào thời điểm xuất hiện của các triệu chứng, quá kích buồng trứng được chia làm 2 loại: sớm và muộn. Quá kích buồng trứng sớm khi các triệu chứng xảy ra trong vòng 7 ngày sau tiêm mũi thuốc cuối, thường nhẹ và khỏi bệnh sớm do thuốc sẽ được thải ra khỏi cơ thể sau khoảng 1 tuần. Quá kích buồng trứng muộn khi các triệu chứng xảy ra sau tiêm mũi thuốc cuối trên 7 ngày. Quá kích buồng trứng muộn thường do nội tiết từ thai tiết ra, nghĩa là bệnh nhân có thai trong cùng chu kỳ điều trị đó. Quá kích buồng trứng muộn thường nặng và kéo dài do nếu thai tiếp tục phát triển thì nồng độ nội tiết được sản xuất từ thai sẽ càng tăng cho đến khi đạt nồng độ đỉnh lúc thai khoảng 8 tuần.

Dựa vào sự hiện diện của các triệu chứng quá kích buồng trứng, quá kích buồng trứng được chia làm 3 mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Quá kích buồng trứng nhẹ khi bệnh nhân chỉ cảm thấy căng đau

bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, siêu âm đo kích thước buồng trứng từ 5-10cm. Quá kích buồng trứng mức độ trung bình khi bệnh nhân có các triệu chứng của mức độ nhẹ, nhưng siêu âm thấy bụng có dịch và kích thước buồng trứng to trên 10cm. Quá kích buồng trứng nặng khi bệnh nhân có căng đau bụng nhiều, ho, khó thở do tràn dịch màng phổi, tiểu ít, siêu âm thấy buồng trứng to trên 12cm và thử máu thấy có tình trạng cô đặc máu. Phân độ quá kích buồng trứng chỉ có giá trị tương đối, việc nhận định độ nặng và tiên lượng của bệnh chủ yếu phụ thuộc vào đánh giá của bác sĩ.

Diễn tiến bệnh và điều trị quá kích buồng trứng

Hội chứng quá kích buồng trứng hầu hết tự khỏi. Các triệu chứng sẽ lui dần sau 10-14 ngày. Biện pháp điều trị quá kích buồng trứng thay đổi tùy theo độ nặng. Với quá kích buồng trứng nhẹ và trung bình, bệnh nhân không cần nhập viện, chỉ cần nghỉ ngơi tại nhà, uống nhiều nước, ăn nhiều chất đạm, theo dõi vòng bụng ngang rốn, lượng nước tiểu mỗi ngày. Khi có các dấu hiệu trở nặng như vòng bụng tăng nhanh trên 5 cm/ngày, tiểu ít dưới 500 ml/ngày, khó thở, nôn nhiều hay tiêu chảy nhiều cần đến khám bác sĩ ngay để được xử trí tích cực hơn. Các trường hợp quá kích buồng trứng nặng cần được nhập viện, truyền dịch, truyền đạm, theo dõi tình trạng cô đặc máu bằng xét nghiệm máu và theo dõi vòng bụng, lượng nước tiểu mỗi ngày. Nếu bệnh nhân căng trướng bụng nhiều, tiểu ít, bác sĩ sẽ cân nhắc chọc dỗ lưu dịch ổ bụng ra ngoài, như vậy bệnh nhân sẽ dễ chịu, ăn uống tốt hơn và các triệu chứng sẽ cải thiện nhanh. Trường hợp khó thở nhiều, bệnh nhân sẽ được chụp Xquang phổi có che chắn vùng bụng kỹ để chẩn đoán mức độ tràn dịch màng phổi. Nếu cần, bác sĩ sẽ chọc hút dịch màng phổi để cải thiện tình trạng hô hấp cho bệnh nhân.

Trong giai đoạn hồi phục, bệnh nhân sẽ tiêu rất nhiều do dịch ổ bụng được hấp thu vào mạch máu trở lại, các dấu hiệu lâm sàng giảm rõ rệt hay mất đi, buồng trứng sẽ trở về kích thước và hoạt động bình thường.

Dự phòng quá kích buồng trứng

Dự phòng quá kích buồng trứng có ý nghĩa quan trọng. Dự phòng cấp I bằng cách nhận biết nhóm bệnh nhân nguy cơ cao quá kích buồng trứng nhằm chọn lựa kỹ thuật điều trị và phác đồ điều trị phù hợp. Bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang hay tiền căn quá kích buồng trứng nên chọn kỹ thuật nuôi trưởng thành trứng thay vì thụ tinh trong ống nghiệm có kích thích buồng trứng. Nếu cần tiêm thuốc cho các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ, có thể chọn lựa phác đồ dùng thuốc riêng và chọn lựa liều thuốc tiêm khởi đầu thấp rồi tăng liều từ từ. Dự phòng cấp I được thực hiện tốt sẽ giảm rất nhiều biến chứng này và hiệu quả của điều trị hiếm muộn sẽ cao hơn.

Dự phòng cấp II khi dự phòng cấp I không phát hiện được bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng. Dự phòng cấp II bằng cách nhận biết các chu kỳ điều trị có nguy cơ quá kích buồng trứng cao để điều chỉnh liều thuốc hay có biện pháp can thiệp phù hợp. Các biện pháp dự phòng cấp II có thể là (1) Ngưng thuốc tiêm trong một vài ngày, chờ nồng độ nội tiết trong máu giảm xuống rồi mới tiếp tục thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm; (2) Truyền đậm vào ngày chọc hút lấy trứng hay ngày bơm tinh trùng; (3) Không chuyển phôi trong chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm mà trữ lạnh phôi toàn bộ, rồi chuyển phôi vào một chu kỳ khác. Cách làm này nhằm tránh việc bệnh nhân có thai ngay cùng chu kỳ kích thích buồng trứng, như vậy sẽ giảm được tình trạng quá kích buồng trứng nặng và kéo dài; (4) Sử dụng một số loại thuốc làm giảm tình trạng thoát dịch khỏi lòng mạch máu như dopamine

agonist sau khi chuyển phôi; (5) Hủy chu kỳ điều trị là biện pháp cuối cùng khi thấy bệnh nhân có nguy cơ quá cao bị quá kích buồng trứng.

Dự phòng quá kích buồng trứng được chú ý và thực hiện tốt sẽ có thể hạn chế hay tránh hoàn toàn biến chứng này và hiệu quả điều trị đạt được cao.

UNG THƯ BUỒNG TRỨNG?

Một số bệnh nhân băn khoăn là các thuốc kích thích buồng trứng có làm tăng ung thư buồng trứng không? Nhiều nghiên cứu với qui mô lớn đã và đang được thực hiện để tìm hiểu vấn đề này. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có số liệu nào cho thấy có sự liên quan rõ rệt giữa thuốc kích thích buồng trứng và nguy cơ ung thư buồng trứng.

Theo quan điểm của các chuyên gia trong lĩnh vực này, ung thư là một bệnh lý mà căn nguyên của bệnh thường do sự phối hợp của nhiều yếu tố và hầu hết các yếu tố này chưa được chứng minh một cách rõ ràng. Do đó, nghiên cứu về vấn đề này khá phức tạp và khó khăn do gặp phải nhiều sai lệch chủ quan và khách quan.

Trong điều trị bệnh nhân, các chuyên gia đề nghị một số biện pháp để giảm lo ngại về vấn đề này như khám và chẩn đoán các bệnh lý của buồng trứng thật cẩn thận trước khi kích thích buồng trứng để điều trị, không nên dùng thuốc uống clomiphene citrate gây phóng noãn quá nhiều chu kỳ, không nên kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm trên 6 chu kỳ. Ngoài ra, bác sĩ cần trao đổi kỹ với bệnh nhân về các ích lợi và nguy cơ của kích thích buồng trứng trước khi bắt đầu điều trị.



CÁC BIẾN CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN THỦ THUẬT ĐIỀU TRỊ

Chảy máu

Biến chứng này ít xảy ra, khoảng 0,2% các trường hợp chọc hút trứng thụ tinh trong ống nghiệm. Chảy máu có thể từ buồng trứng sau khi chọc hút trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm. Ở đa số bệnh nhân, chảy máu sẽ tự cầm, không cần phải can thiệp. Một số trường hợp chảy máu nhiều trong ổ bụng, bệnh nhân cần được mổ để cầm máu tại chỗ chảy máu trên buồng trứng. Bệnh nhân thường phục hồi tốt và có thể được tiếp tục chuyển phôi trong cùng chu kỳ điều trị hay bệnh nhân có thể trữ lạnh phôi toàn bộ và chuyển phôi vào một chu kỳ khác. Chảy máu cũng có thể từ âm đạo tại chỗ chọc kim hút trứng. Dạng chảy máu này thường rất ít và tự cầm. Chảy máu có thể từ bàng quang trong một số trường hợp chọc hút trứng khó khăn, chạm vào bàng quang. Đa số bệnh nhân không cần can thiệp, chỉ cần dùng thuốc cầm máu, kháng sinh và uống nhiều nước. Những trường hợp chảy máu bàng quang không tự cầm, bệnh nhân tiểu đỗ liên tục, cần cho bệnh nhân nhập viện, súc rửa bàng quang, lấy hết máu cục để cầm máu hay nếu cần sẽ nội soi bàng quang đốt cầm máu mạch máu đang chảy.

Nhiễm trùng

Nhiễm trùng rất ít xảy ra, khoảng 0,01-0,2% các chu kỳ điều trị. Nhiễm trùng vùng chậu sau bom tinh trùng vào buồng tử cung thường có nguồn gốc từ tinh dịch. Để hạn chế biến chứng này, người chồng thường được cho dùng kháng sinh dự phòng trước ngày bom tinh trùng và được hướng dẫn kỹ thuật lấy tinh trùng để hạn chế nhiễm bẩn vào lọ tinh trùng mới lấy. Nhiễm trùng sau chọc hút trứng hay chuyển phôi thụ tinh trong ống nghiệm thường do tình trạng viêm vùng chậu có sẵn ở bệnh nhân. Do đó, bệnh nhân cần được khám phụ khoa và rửa âm đạo kỹ trước khi thực hiện thủ thuật.

CÁC BIẾN CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN THAI

Đa thai

Kích thích buồng trứng trong bom tinh trùng vào buồng tử cung nhằm gia tăng số nang noãn phát triển và phóng noãn, từ đó, gia tăng cơ hội có noãn được thụ tinh với tinh trùng và tăng tỉ lệ có thai. Việc chuyển nhiều phôi trong thụ tinh trong ống nghiệm sẽ giúp tăng cơ hội có thai cho một chu kỳ điều trị, bên cạnh đó, tỉ lệ đa thai cũng tăng. Đa thai trong điều trị hiếm muộn xảy ra với tần suất cao hơn bình thường. Tần suất đa thai khoảng 11,4% cho các trường hợp bom tinh trùng vào buồng tử cung và khoảng 20% trong thụ tinh trong ống nghiệm. Đa thai chủ yếu là song thai, nhưng cũng có một tỉ lệ nhỏ là tam thai trở lên.

Đa thai, nhất là tam thai trở lên, có liên quan với sự gia tăng các biến chứng trong thai kỳ như sẩy thai, sinh non, bệnh tật mẹ, bệnh tật và tử vong chu sinh. Sinh non là biến chứng phổ biến nhất ở các thai kỳ tam thai trở lên. Do đó, làm thế nào cân bằng giữa tỉ lệ có thai và đa thai sau điều trị là một vấn đề mà bác sĩ điều trị hết sức quan tâm. Hạn chế đa thai có thể thực hiện một cách chủ động như điều chỉnh liều thuốc để có số nang noãn phù hợp khi kích thích buồng trứng, hủy chu kỳ bom tinh trùng nếu bệnh nhân có quá nhiều nang noãn phát triển, giảm số phôi chuyển vào buồng tử cung ở những trường hợp tiên lượng có thai của bệnh nhân tốt như vợ trẻ tuổi, chất lượng phôi và chất lượng nội mạc tử cung tốt. Tuy nhiên, với cách hạn chế đa thai chủ động như vậy, chúng ta cũng không thể nào tránh hoàn toàn đa thai. Một khi đa thai đã xảy ra rồi, thủ thuật giảm thai có thể được áp dụng. Thủ thuật giảm thai thường được thực hiện cho các thai kỳ tam thai trở lên, nhằm hút bớt phôi thai ra, chỉ để lại song thai hay đơn thai trong buồng tử cung, như vậy sẽ gia tăng cơ hội sống khỏe mạnh cho các thai còn lại trong buồng tử cung. Thủ thuật giảm thai có thể được



thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò bụng hay âm đạo. Giảm thai ngả bụng được thực hiện khi thai 10-12 tuần, có nhiều biến chứng hơn và tỉ lệ sẩy thai sau thủ thuật cao. Giảm thai ngả âm đạo được thực hiện khi thai 7-9 tuần, là thủ thuật được thực hiện phổ biến hiện nay vì đơn giản, ít biến chứng và tỉ lệ sẩy thai sau thủ thuật thấp.

Thai ngoài tử cung

Thai ngoài tử cung sau điều trị hiếm muộn xảy ra với tần suất 3-5,5%. Thai ngoài tử cung thường xảy ra ở các bệnh nhân đã có sẵn các tổn thương ở vòi trứng như viêm niêm mạc vòi trứng, ứ dịch vòi trứng, viêm dinh dưỡng vùng chậu nặng và các bệnh nhân đã có tiền căn thai ngoài tử cung. Một khi thai ngoài tử cung đã được chẩn đoán, bệnh nhân sẽ được mở để cắt bỏ khối thai ngoài hay điều trị nội khoa nếu khối thai còn nhỏ. Trong điều trị hiếm muộn, một số bệnh nhân có thể vừa có thai trong tử cung, vừa có thai ngoài tử cung. Trường hợp này bệnh nhân sẽ được mở để cắt bỏ khối thai ngoài tử cung và tiếp tục dưỡng thai trong tử cung.

Sẩy thai

Tỉ lệ sẩy thai sau thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có vẻ cao hơn bình thường, xảy ra khoảng 10-15% các trường hợp. Sẩy thai có liên quan với tuổi mẹ. Tuổi mẹ càng lớn, xác suất xảy ra bất thường nhiễm sắc thể của noãn và phôi càng tăng, do đó, tỉ lệ sẩy thai càng tăng.

Sinh non

Sinh non sau điều trị hiếm muộn xảy ra khoảng 10%, chủ yếu có liên quan đến các thai kỳ đa thai. Sinh non làm tăng tử suất và bệnh suất cho trẻ sơ sinh và nếu trẻ sống sót cũng có thể mang nhiều di chứng như chậm phát triển trí tuệ, bệnh lý vô sinh mạc gây giảm hay mất thị lực, giảm thính lực,... Do đó, nếu đa thai được kiểm soát tốt bằng các

biện pháp chủ động hay thực hiện kỹ thuật giảm thai, tỉ lệ sinh non sẽ được cải thiện.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE TRẺ SINH RA TỪ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng trở nên phổ biến trong điều trị hiếm muộn. Ước tính có khoảng 1-5% trẻ chào đời hàng năm ở các nước phát triển là từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Từ khi em bé thụ tinh trong ống nghiệm trên thế giới đầu tiên ra đời vào năm 1978 đến nay, cả thế giới đã có hơn 3,5 triệu em bé từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Sức khỏe của các trẻ sinh ra từ các kỹ thuật này là một vấn đề được các nhà khoa học rất quan tâm.

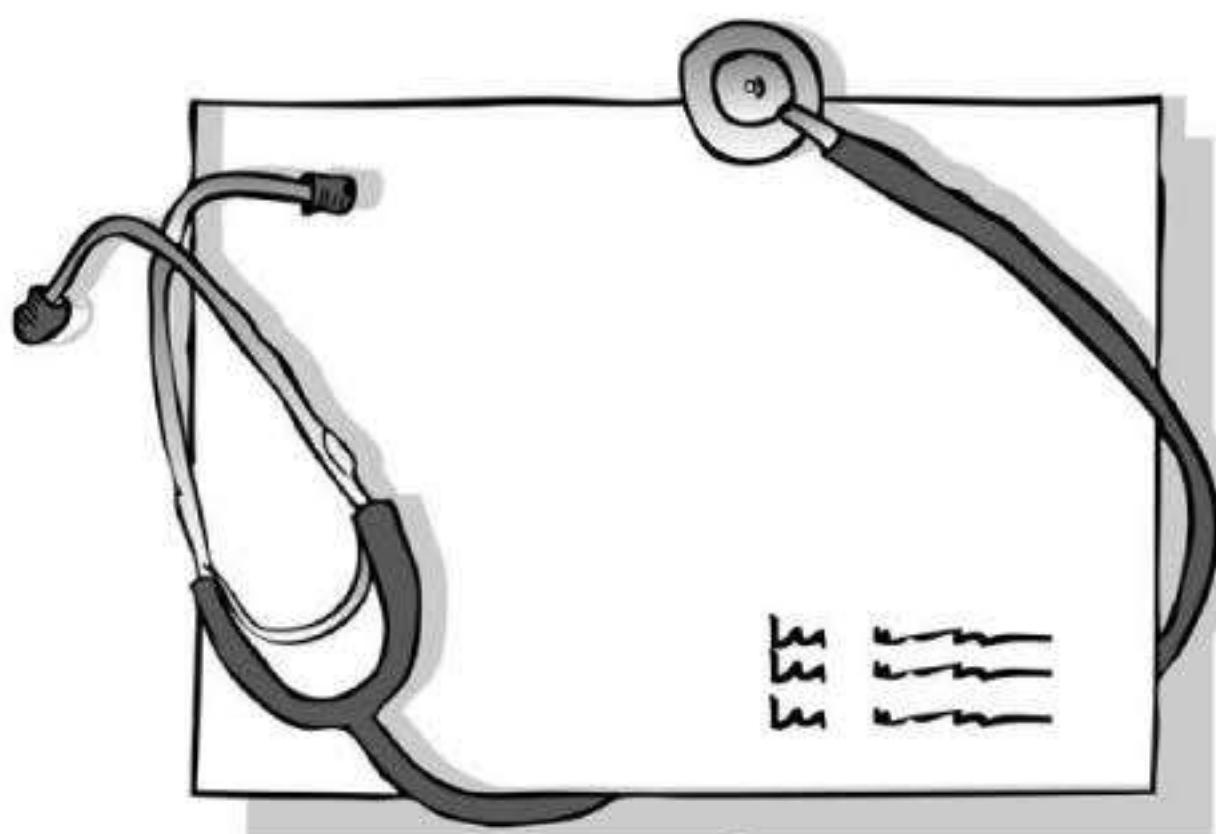
Nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới đã được thực hiện nhằm khảo sát tỉ lệ dị tật bẩm sinh, sức khỏe tâm thần vận động và sự phát triển thể chất, trí tuệ của trẻ sinh ra từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Kết quả ghi nhận được từ các nghiên cứu rất khác nhau và hầu hết số lượng trẻ được khảo sát trong các nghiên cứu còn ít và nhỏ tuổi. Gần đây, một nghiên cứu với số lượng lớn trẻ từ 7 đến 12 tuổi đã được báo cáo tại Anh, nơi thực hiện thành công thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên trên thế giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về sức khỏe giữa các trẻ sinh ra từ hỗ trợ sinh sản và trẻ bình thường, nhất là khi trẻ đã tới tuổi đến trường.

Các nghiên cứu về tỉ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ thụ tinh trong ống nghiệm cũng cho thấy không có sự khác biệt so với trẻ bình thường. Tỉ lệ trẻ có bất thường nhiễm sắc thể Trisomy 21 gây hội chứng Down được ghi nhận tăng hơn ở các trường hợp mẹ trên 35 tuổi, xảy ra tương đương ở trẻ thụ tinh trong ống nghiệm và trẻ bình thường. Một số trường hợp bệnh nhân đã có sẵn các bất thường về nhiễm sắc thể và gen, khi thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản sẽ có nguy cơ truyền cho con cái

các bất thường này. Nghiên cứu ghi nhận khoảng 10% người chồng bị tinh trùng yếu, ít nặng có bất thường gen trên nhiễm sắc thể Y. Nếu cặp vợ chồng này được điều trị thành công thì con trai của họ có khả năng nhận bất thường gen giống như cha và hậu quả là sau này sẽ bị tinh trùng yếu như cha. Ngoài ra, khoảng 1,4% nam giới không có tinh trùng do bất sản ống dẫn tinh bẩm sinh. Khoảng phân nửa những đàn ông này có đột biến gen gây bệnh xơ nang. Tuy nhiên, trẻ chỉ bị di truyền bệnh xơ nang khi cả cha lẫn mẹ đều có đột biến gen gây xơ nang. Biểu hiện của bệnh xơ nang là nhiễm trùng hô hấp trên tái phát, bất thường về đường tiết niệu, thận, gan tụy.

Tại Việt Nam, chúng tôi cũng đã tiến hành nghiên cứu trên 300 trẻ từ 1 tuổi trở lên sinh ra từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Kết quả cho thấy chỉ số thông minh, sức khỏe của các trẻ này tương đương với trẻ bình thường. Có một vài trường hợp trẻ chậm phát triển trí tuệ, bệnh lý vô cùng mạc chủ yếu là do biến chứng sinh non của tam thai, tứ thai. Do đó, hiện nay, các trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm đều cố gắng kiểm soát tốt các biến chứng của điều trị hiếm muộn, giảm đa thai để tạo ra được những em bé thông minh, khỏe mạnh từ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Một số vấn đề pháp lý liên quan đến điều trị hiếm muộn tại Việt Nam



Một số vấn đề pháp lý liên quan đến điều trị hiếm muộn tại Việt Nam

BS. Đặng Quang Vinh

Tụy tinh trong ống nghiệm được triển khai lần đầu tiên tại Việt Nam từ năm 1997, đến tháng 02/2003, nghị định của Chính phủ về việc sinh con theo phương pháp khoa học (kỹ thuật bơm tinh trùng và thụ tinh trong ống nghiệm) được ban hành. Hai tháng sau đó, Bộ Y tế đã ra thông tư hướng dẫn việc thực hiện nghị định nêu trên. Nghị định của Chính phủ cũng như thông tư của Bộ Y tế ban hành liên quan đến việc sinh con theo phương pháp khoa học có đề cập đến một số quy định như các đối tượng nào được phép điều trị TTTN, các quy định về xin cho noãn, tinh trùng và phôi. Ngoài ra, nghị định và thông tư cũng đề cập đến một số kỹ thuật không được triển khai tại Việt Nam.

Theo quy định, các phương pháp điều trị hiếm muộn có thể được áp dụng cho (1) các cặp vợ chồng được xác định là hiếm muộn và (2) các phụ nữ độc thân có nhu cầu có con.

Đối với kỹ thuật xin cho noãn, một người muốn cho noãn phải thỏa các yêu cầu như: tuổi phải từ 18 đến 35, có đủ sức khỏe, không mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, bệnh tâm thần, bệnh truyền nhiễm hay các bệnh di truyền khác. Việc cho

noãn phải dựa trên cơ sở tự nguyện và người cho phải cam kết. Ngoài ra, mỗi người chỉ được cho noãn cho một người.

Người nhận noãn cũng cần phải thỏa một số điều kiện như: phải đủ 20 đến 45 tuổi, có đủ sức khỏe để thụ thai, mang thai và sinh đẻ, không mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, bệnh tâm thần, bệnh truyền nhiễm hay các bệnh di truyền khác.

Xin tinh trùng được áp dụng cho các cặp vợ chồng hiếm muộn, mà nguyên nhân hiếm muộn là do người chồng. Phụ nữ sống độc thân có nhu cầu sinh con cũng có thể xin tinh trùng, tuy nhiên phải được cơ sở y tế xác định có noãn bảo đảm chất lượng để thụ thai. Bên cạnh đó, người nhận tinh trùng phải có tuổi từ đủ 20 đến 45, có đủ sức khỏe để thụ thai, mang thai và sinh đẻ, không mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, bệnh tâm thần, bệnh truyền nhiễm hay các bệnh di truyền khác. Một điểm cần lưu ý là người nhận tinh trùng không được tìm hiểu về tên, tuổi, địa chỉ và hình ảnh của người cho.

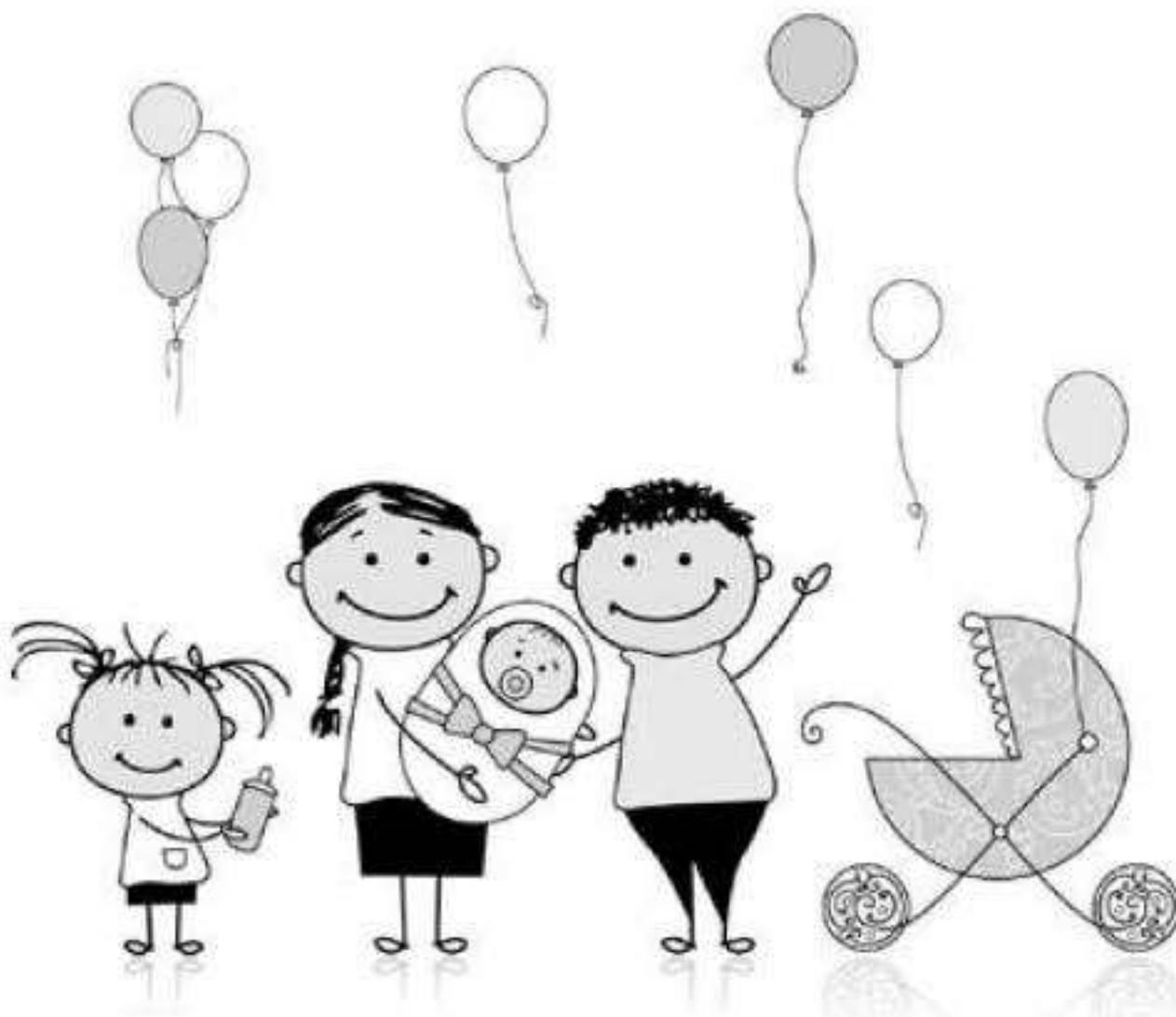
Người cho tinh trùng cũng cần phải thỏa một số điều kiện về sức khỏe (tương tự người cho noãn), tuổi từ 20 đến 55 và phải đảm bảo không tìm hiểu về tên, tuổi, địa chỉ hay hình ảnh... của người nhận tinh trùng. Việc cho tinh trùng phải dựa trên cơ sở tự nguyện và chỉ được sử dụng cho một người.

Với thụ tinh trong ống nghiệm - xin phôi, nguồn phôi có thể là phôi được hiến tặng từ các cặp vợ chồng không còn nhu cầu sử dụng (cần phải có sự đồng ý của cả hai vợ chồng). Tương tự xin noãn hay tinh trùng, phôi của người cho chỉ có thể được sử dụng cho một người. Người nhận phôi phải là người vợ trong cặp vợ chồng đang điều trị hiếm muộn mà nguyên nhân hiếm muộn là do cả người vợ và người chồng.

Ngoài ra, người nhận phôi phải đủ 20 tuổi đến 45 tuổi, có đủ sức khỏe để thụ thai, mang thai và sinh đẻ, không mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, bệnh tâm thần, bệnh truyền nhiễm hay các bệnh di truyền khác. Người nhận cũng phải cam kết không tìm hiểu về tên, tuổi, địa chỉ và hình ảnh của người cho.

Nghị định của Chính phủ cũng ban hành một danh mục các kỹ thuật liên quan đến TTTON không được phép triển khai tại Việt Nam. Các kỹ thuật như mang thai hộ, cho phôi đối với phụ nữ sống độc thân nằm trong danh mục này. Bên cạnh đó, việc cho, nhận noãn; cho nhận tinh trùng; cho, nhận phôi đối với người nước ngoài cũng không được phép tiến hành, trừ các trường hợp vợ là người gốc Việt Nam.

Những thành tựu mới trong điều trị hiếm muộn ở Việt Nam



Những thành tựu mới trong điều trị hiếm muộn ở Việt Nam

BS. Hồ Mạnh Tường

Hơn 30 năm trước đây, ngày 25/7/1978, em bé TTTON đầu tiên trên thế giới đã ra đời tại Anh. Hiện nay, TTTON có thể thực hiện được ở hầu hết các nước trên thế giới và mỗi năm có khoảng 1.000.000 trường hợp TTTON được thực hiện. Ở các nước phát triển, các bé TTTON chiếm 1-5% trên tổng số trẻ sơ sinh hàng năm.

Tại Việt Nam, ngày 30/4/1998, ba em bé từ ba trường hợp TTTON thành công đầu tiên ở Việt Nam ra đời. Đây là một nỗ lực rất lớn của y khoa Việt Nam, khi mà TTTON ở Việt Nam được bắt đầu từ nền tảng khoa học còn nhiều yếu kém so với khu vực và thế giới. Sau hơn 14 năm phát triển đã có 14 trung tâm TTTON được thành lập, thực hiện gần 6.000 chu kỳ TTTON mỗi năm.

Không chỉ thu hút bệnh nhân trong nước, TTTON tại Việt Nam còn được xem là một dịch vụ y tế chất lượng cao, có uy tín được các bệnh nhân ở các nước trong khu vực và thế giới tìm đến chữa trị. Đến nay, ước tính đã có hơn 10.000 em bé ra đời từ kỹ thuật TTTON tại Việt Nam. Chi phí TTTON tại Việt Nam hiện thuộc loại thấp nhất thế giới, mặc dù tỉ lệ thành công khá cao.

Hàng loạt công nghệ mới trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã được nghiên cứu ứng dụng thành công tại Việt Nam trong thời gian qua. Bài này để

cập đến một số công nghệ mới trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã được thực hiện thành công ở Việt Nam trong 5 năm gần đây.

ĐÔNG LẠNH PHÔI BẰNG THỦY TINH HÓA

Kỹ thuật đông lạnh phôi bằng thủy tinh hóa chỉ bắt đầu được chú ý và triển khai trên thế giới từ sau năm 2000. Việt Nam là một trong những nước đầu tiên ở khu vực Đông Nam Á áp dụng thành công kỹ thuật này và đưa vào ứng dụng rộng rãi trong điều trị từ năm 2006.

Kỹ thuật này giúp làm giảm chi phí trữ lạnh phôi và tăng tỉ lệ sống của phôi sau rã đông. Trước đây, với kỹ thuật trữ phôi hạ nhiệt độ chậm, các trung tâm cần phải trang bị máy trữ phôi với chi phí gần 30.000 đô-la Mỹ. Ngoài ra, chi phí cho ni-tơ lỏng và bảo trì máy móc cũng rất cao. Trong khi đó, tỉ lệ phôi sống sau rã đông và tỉ lệ có thai của kỹ thuật đông phôi chậm lại thấp hơn so với phương pháp thủy tinh hóa (không cần sử dụng máy trữ phôi).

Với sự chia sẻ kinh nghiệm và chuyển giao kinh nghiệm giữa các trung tâm, hiện nay đa số các trung tâm TTON ở Việt Nam đều đã áp dụng thành công kỹ thuật mới này vào qui trình đông lạnh và rã đông phôi, giúp giảm chi phí và tăng hiệu quả điều trị.

KỸ THUẬT NUÔI TRỨNG TRƯỞNG THÀNH TRONG ỐNG NGHIỆM (IVM)

Với TTON cổ điển, bệnh nhân thường phải tiêm thuốc kích thích buồng trứng trong nhiều tuần liên tiếp. Việc theo dõi điều trị vừa mất thời gian vừa tốn kém. Bên cạnh đó, kích thích buồng trứng còn có thể dẫn đến biến chứng là hội chứng quá kích buồng trứng với tỉ lệ mắc phải là khoảng 5-10%. Với kỹ thuật IVM, bệnh nhân có thể được thực hiện TTON mà không cần phải kích thích buồng trứng. Trứng sẽ được chọc hút từ các nang nhỏ có sẵn trên buồng trứng, sau đó nuôi trưởng



thành ở bên ngoài. Sau khi trứng trưởng thành, việc TTTON sẽ được thực hiện như bình thường.

Đây có thể nói là một thành công vượt bậc của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ở Việt Nam. Kỹ thuật IVM mang lại hàng loạt các lợi ích cho bệnh nhân như thuận tiện hơn, thời gian điều trị ngắn hơn, tiêm thuốc ít hơn, chi phí điều trị thấp hơn, kỹ thuật điều trị an toàn hơn.

Chúng ta đã thực hiện thành công kỹ thuật IVM từ năm 2006. Hiện nay, Việt Nam được xem như là một trong những nước thực hiện kỹ thuật IVM thành công nhất trên thế giới. Người ta ước tính, hiện nay, trên thế giới, có chưa đến 50 trung tâm TTTON thực hiện thành công kỹ thuật IVM. Nhiều nước trong khu vực và trên thế giới đã mời các chuyên gia Việt Nam đến báo cáo về kỹ thuật IVM tại các hội nghị chuyên ngành. Đồng thời, nhiều trung tâm trong khu vực cũng đã gửi người sang Việt Nam để học tập về kỹ thuật IVM.

Lúc mới bắt đầu ở Việt Nam, IVM chỉ được áp dụng cho các trường hợp buồng trứng đa nang và tỉ lệ thành công đạt từ 80-90% so với TTTON có kích thích buồng trứng. Sau đó, các chuyên gia tại hai trung tâm IVFAS và IVF Vạn Hạnh đã nghiên cứu mở rộng áp dụng cho các trường hợp khác như: đáp ứng quá mức với kích thích buồng trứng và phụ nữ bình thường có dự trữ buồng trứng tốt. Hy vọng trong tương lai, các đối tượng có thể áp dụng IVM càng được mở rộng ở Việt Nam nhằm đem lại sự an toàn, tiện lợi, tiết kiệm cho bệnh nhân.

KỸ THUẬT HỖ TRỢ PHÔI THOÁT MÀNG

Bình thường, đến giai đoạn phôi nang (khoảng 5-6 ngày sau khi thụ tinh), phôi người phải thoát ra khỏi màng trong suốt (zona pellucida) bao quanh phôi, để có thể bám vào nội mạc tử cung và làm tổ, sau đó phát triển thành thai trong tử cung. Một tỉ lệ đáng kể phôi TTTON có thể gặp bất thường trong quá trình thoát màng, khiến hiện tượng phôi

thoát màng diễn ra trễ hoặc thậm chí, phôi không thoát màng được. Điều này góp phần làm giảm tỉ lệ thành công của TTTON.

Kỹ thuật hỗ trợ phôi thoát màng được thực hiện bằng cách làm mỏng hoặc làm thủng màng trong suốt trước khi cấy phôi vào tử cung. Kỹ thuật này giúp phôi thoát màng dễ hơn và nhanh hơn, qua đó giúp tăng tỉ lệ làm tổ của phôi và tỉ lệ có thai khi TTTON. Có hai phương pháp trợ giúp phôi thoát màng phổ biến là phương pháp sử dụng dung dịch Tyrode và phương pháp sử dụng tia LASER không tiếp xúc.

Kỹ thuật hỗ trợ phôi thoát màng dung dịch Tyrode và tia LASER bắt đầu áp dụng thành công ở Việt Nam từ năm 2008, tại trung tâm IVF Vạn Hạnh (TP.HCM). Các báo cáo gần nhất cho thấy, kỹ thuật hỗ trợ phôi thoát màng bằng LASER hay bằng dung dịch Tyrode đều giúp tăng tỉ lệ làm tổ của phôi và tỉ lệ có thai, đặc biệt đối với các trường hợp đã thất bại nhiều lần, bệnh nhân lớn tuổi, trường hợp phôi sau rã đông, hoặc phôi có màng trong suốt dày...

Hiện nay, nhiều trung tâm TTTON của Việt Nam cũng đã triển khai thành công kỹ thuật hỗ trợ phôi thoát màng sau khi các chuyên gia đi đầu trong kỹ thuật này đã chuyển giao kỹ thuật và kinh nghiệm đến các đồng nghiệp trong cả nước.

NUÔI CẤY PHÔI Ở NỒNG ĐỘ ÔXY THẤP

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng nuôi cấy phôi trong môi trường nông độ ôxy thấp có thể giúp phôi phát triển tốt hơn, tỉ lệ làm tổ của phôi và khả năng có thai cũng cao hơn. Các nhà khoa học cũng ghi nhận rằng, nông độ ôxy trong vòi trứng (nơi phôi hình thành và phát triển) thấp hơn rất nhiều so với nông độ ôxy trong các tủ cấy CO₂ thông thường trong qui trình TTTON. Do đó, môi trường trong các tủ cấy CO₂ thông dụng trước đây là không phù hợp với sinh lý phát triển của phôi. Trong những năm gần đây, rất nhiều trung tâm TTTON trên

thế giới đã chuyển sang phác đồ nuôi cấy phôi với điều kiện nồng độ ôxy thấp. Ngày càng có nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy nuôi cấy phôi với nồng độ ôxy thấp giúp phôi phát triển tốt hơn và tỉ lệ thành công cao hơn.

Kể từ năm 2007, trung tâm IVF Vạn Hạnh là nơi đầu tiên áp dụng nuôi cấy phôi thường qui với tủ cấy chuyên dụng kiểm soát được nồng độ ôxy. Hiện nay, một số trung tâm khác cũng đang từng bước nghiên cứu triển khai phác đồ nuôi cấy phôi mới này. Đến năm 2009, Việt Nam có 2 trung tâm là IVF Vạn Hạnh và IVFAS (TP.HCM) đã áp dụng thường qui kỹ thuật nuôi cấy phôi ở nồng độ ôxy thấp để nâng cao chất lượng phôi và giúp tăng tỉ lệ thành công. Đây cũng là những trung tâm TTON có tỉ lệ thành công cao ở Việt Nam hiện nay.

KỸ THUẬT NUÔI CẤY PHÔI NANG

Trước đây, với các phác đồ nuôi cấy phôi chưa cải tiến, người ta thấy rằng việc nuôi cấy phôi đến giai đoạn phôi nang (ngày 5) ít mang lại hiệu quả trong việc cải thiện tỉ lệ có thai sau TTON. Tuy nhiên, các báo cáo trên thế giới trong những năm gần đây cho thấy rằng, nếu đảm bảo được hệ thống nuôi cấy phôi tốt, việc nuôi cấy phôi nang có thể giúp giảm tỉ lệ đa thai và tăng tỉ lệ có thai ở các trường hợp trẻ tuổi và có tiền lượng tốt.

Mặc dù, việc nuôi cấy phôi nang đã được thực hiện thành công ở Việt Nam từ năm 1999 nhưng tỉ lệ có thai của cấy phôi nang chưa được cải thiện trong thời gian đầu áp dụng. Gần đây, một số trung tâm TTON lớn ở Việt Nam đã bắt đầu nghiên cứu cải tiến hệ thống nuôi cấy phôi và triển khai thực hiện nuôi cấy phôi nang. Nhờ các tiến bộ gần đây trong hệ thống nuôi cấy phôi, các kết quả bước đầu của nuôi cấy phôi nang ở Việt Nam là rất khả quan. Hy vọng, trong thời gian tới, càng có thêm nhiều trung tâm đầu tư cải thiện hệ thống nuôi cấy phôi và nghiên cứu triển khai phác đồ nuôi cấy phôi nang ở Việt Nam.

Việc đầu tư cải tiến hệ thống nuôi cấy phôi và qui trình quản lý chất lượng trong nuôi cấy phôi của một số trung tâm TTTON hàng đầu ở Việt Nam gần đây cho thấy sự vươn lên của các trung tâm TTTON ở Việt Nam để khẳng định trình độ làm chủ kỹ thuật. Xu hướng đầu tư mạnh để xây dựng hệ thống nuôi cấy phôi nhằm đảm bảo sự an toàn và hiệu quả của qui trình TTTON là xu hướng hiện nay của TTTON trên thế giới.

KỸ THUẬT TRỮ LẠNH MÔ TINH HOÀN

Trong năm 2008, trung tâm IVF Vạn Hạnh đã phối hợp với Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh triển khai thành công kỹ thuật trữ lạnh mô tinh hoàn. Trước đây, khi chưa trữ lạnh được mô tinh hoàn, các trường hợp vô sinh nam không có tinh trùng sau khi chẩn đoán xác định là có tinh trùng trong tinh hoàn, bắt buộc phải mổ lấy tinh trùng vào mỗi lần chọc hút trứng. Điều này làm tăng chi phí điều trị, cũng như tăng nguy cơ biến chứng của thủ thuật trên bệnh nhân mổ lấy tinh trùng nhiều lần.

Việc trữ lạnh mô tinh hoàn thành công, ngoài ý nghĩa về mặt khoa học, đã cải thiện đáng kể các vấn đề hiện tại do phải hút tinh trùng hoặc sinh thiết tinh hoàn nhiều lần. Hiện nay, việc trữ lạnh mô tinh hoàn đã được triển khai thường xuyên tại Bệnh viện Vạn Hạnh (IVF Vạn Hạnh) và Bệnh viện An Sinh (IVFAS). Thành công này cho thấy việc ứng dụng các tiến bộ của công nghệ sinh học vào y học sẽ giúp tăng hiệu quả điều trị và an toàn cho bệnh nhân. Hy vọng kỹ thuật này sẽ tiếp tục được chuyển giao đến các trung tâm khác trong cả nước để phục vụ rộng rãi hơn các đối tượng bệnh nhân.

NUÔI CẤY PHÔI TRONG MÔI TRƯỜNG “CLEAN ROOM”

Nhiều báo cáo trong y văn thế giới cho thấy các tác nhân ô nhiễm trong không khí, dù là vi sinh vật (vi trùng, siêu vi, nấm mốc) hay hóa chất (hữu cơ hay vô cơ) đều ảnh hưởng đến sự phát triển của phôi.



Các ảnh hưởng của ô nhiễm không khí lên TTTON được ghi nhận bao gồm: giảm tỉ lệ thụ tinh, giảm sự phát triển của phôi, giảm chất lượng phôi, giảm tỉ lệ có thai lâm sàng. Một số báo cáo khoa học cho thấy rằng nếu cải thiện chất lượng không khí, tỉ lệ có thai lâm sàng khi thực hiện TTTON cũng sẽ tăng.

Do đó, việc kiểm soát chất lượng không khí trong IVF labo và duy trì các chỉ số không khí ở các tiêu chuẩn nhất định đóng một vai trò rất quan trọng, mang tính quyết định trong qui trình nuôi cấy phôi của một trung tâm TTTON. Đảm bảo chất lượng phôi là một trong những yếu tố sống còn của một trung tâm TTTON.

Hiện nay, tại Việt Nam, trung tâm IVFAS đã xây dựng thành công mô hình “phòng sạch” (clean room) cho khu vực TTTON. Tiêu chuẩn phòng sạch cho khu vực TTTON đã được một số nước phát triển trên thế giới khuyến cáo áp dụng cho các trung tâm TTTON từ nhiều năm qua. Các khuyến cáo trên được đưa ra nhằm đảm bảo môi trường phát triển tốt và an toàn nhất cho phôi người.

Vào năm 2011, Trung tâm IVF Mekong, thuộc Bệnh viện Phụ sản Quốc tế Phương Châu (Cần Thơ) là trung tâm thứ hai ở Việt Nam đưa vào áp dụng mô hình phòng sạch trong TTTON.

Việc áp dụng công nghệ phòng sạch và kiểm soát chất lượng không khí trong qui trình nuôi cấy phôi ở một số trung tâm TTTON ở Việt Nam cho thấy, chuyên ngành hỗ trợ sinh sản ở Việt Nam đang từng bước theo kịp xu hướng tiêu chuẩn hóa các qui trình kỹ thuật trong TTTON hiện đang phổ biến tại các nước phát triển, nhằm tăng cường tính an toàn và hiệu quả của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

SINH THIẾT PHÔI VÀ CHẨN ĐOÁN DI TRUYỀN PHÔI

Tiến bộ gần đây nhất của các nhà khoa học Việt Nam trong chuyên ngành hỗ trợ sinh sản là xây dựng thành công qui trình chẩn đoán di

truyền trên phôi người. Đây là đề tài khoa học cấp thành phố, do các nhà khoa học thuộc Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hội Nội tiết sinh sản và vô sinh Thành phố Hồ Chí Minh (HOSREM) và Trung tâm IVF Vạn Hạnh thực hiện.

Các chương trình chẩn đoán tiền sản ở các bệnh viện hiện nay để tầm soát các bất thường ở thai nhi được thực hiện khá thành công. Các chương trình này giúp làm giảm số trẻ bất thường được sinh ra đời. Tuy nhiên, việc phải phá thai khi phát hiện các thai nhi bất thường có thể để lại các biến chứng thực thể và di chứng về tinh thần cho bà mẹ và gia đình. Một số thống kê ở Pháp cho thấy các chương trình chẩn đoán tiền sản ngày càng mở rộng thì số lượng các trường hợp phá thai càng tăng. Ở một số cặp vợ chồng có nguy cơ bất thường di truyền cao ở thai nhi, thì việc có thai, chẩn đoán tiền sản và phá thai nhiều lần có thể là một bi kịch cho gia đình. Ngoài ra, ở một số nước, một số quan điểm về pháp lý và tôn giáo không chấp nhận việc phá thai.

Từ đầu thập niên 90, các nhà khoa học ở Mỹ đã bắt đầu nghiên cứu và thành công trong việc chẩn đoán di truyền trên phôi người ở giai đoạn trước khi làm tổ vào tử cung (Preimplantation Genetic Diagnosis - PGD). Qua hơn 10 năm phát triển, kỹ thuật này đã phát triển rộng rãi và đã được áp dụng ở hầu hết các nước trên thế giới. Tại khu vực Đông Nam Á, kỹ thuật này đã được áp dụng tại Thái Lan, Malaysia và Singapore.

Nguyên tắc của kỹ thuật PGD là các phôi sẽ được xét nghiệm để loại trừ khả năng có các bất thường về di truyền trước khi được cấy vào tử cung và phát triển thành thai nhi. Các cặp vợ chồng do bệnh di truyền có sẵn hoặc do những nguyên nhân khác mà con của họ có nguy cơ bất thường di truyền cao, sẽ được thực hiện TTTDN. Các phôi TTTDN sẽ được đem đi chẩn đoán di truyền. Chỉ những phôi không có các bất thường di truyền đã được xác định sẽ được cấy vào buồng tử cung.

Năm 2009, đề tài nghiên cứu về PGD đầu tiên ở Việt Nam đã được thông qua hội đồng khoa học của Sở Khoa học Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh. Mục tiêu của đề tài là xây dựng qui trình chẩn đoán di truyền trên phôi người (PGD) làm nền tảng cho việc ứng dụng kỹ thuật này để chẩn đoán bất thường di truyền cho các cặp vợ chồng có nhu cầu trong tương lai. Phôi được dùng trong nghiên cứu là các phôi ngung phát triển hoặc chất lượng kém và tỉ lệ bất thường cao, không thể sử dụng để cấy vào tử cung. Do đó, nghiên cứu cũng góp phần chẩn đoán nguyên nhân ngưng phát triển và bất thường của các phôi này.

Đến giữa năm 2009, nhóm nghiên cứu đã lần đầu tiên thành công trong chẩn đoán được bất thường về lệch bội nhiễm sắc thể trên phôi người ở Việt Nam. Đến giữa năm 2010, các tác giả đã xây dựng được hoàn chỉnh một qui trình kỹ thuật hiệu quả và ổn định để chẩn đoán lệch bội nhiễm sắc thể ở phôi người. Đầu năm 2011, đề tài đã nghiệm thu thành công qua hai cấp là Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Hội đồng Khoa học Sở Khoa học công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh.

Thành tựu này là một bước tiến lớn về kỹ thuật chẩn đoán di truyền và TTTON của các nhà khoa học Việt Nam. Đặc biệt trong lãnh vực TTTON, với sự thành công của kỹ thuật PGD, các chuyên gia ở Việt Nam đã chính thức thực hiện thành công tất cả các kỹ thuật từ đơn giản đến phức tạp nhất đang được thực hiện tại các nước phát triển trên thế giới trong chuyên ngành hỗ trợ sinh sản. Với thành công bước đầu trong việc xây dựng qui trình kỹ thuật, hy vọng trong thời gian tới PGD sẽ được phép áp dụng vào chẩn đoán và điều trị ở Việt Nam.

KẾT LUẬN

Trong những năm gần đây, chuyên ngành hỗ trợ sinh sản tại Việt Nam đã đạt được những bước phát triển vượt bậc cả về số lượng và chất

lượng. Hàng loạt các công nghệ mới trên thế giới đều được nghiên cứu triển khai áp dụng thành công ở Việt Nam. Đặc biệt, trong một số kỹ thuật chuyên sâu, các chuyên gia Việt Nam đã có thể tiệm cận trình độ khu vực và thế giới. Có thể nói, việc áp dụng thành công các công nghệ mới với hiệu quả cao và chi phí thấp trong hỗ trợ sinh sản, ngoài ý nghĩa về mặt khoa học, còn giúp đem đến cơ hội tiếp cận các kỹ thuật điều trị cao cho nhân dân trong cả nước.



ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC

BS. Vương Thị Ngọc Lan - BS. Hồ Mạnh Tường

Chịu trách nhiệm xuất bản

NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG

Biên tập: PHÒNG BIÊN TẬP NHÀ XUẤT BẢN

**NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP TP. HỒ CHÍ MINH
NHÀ SÁCH TỔNG HỢP**

62 Nguyễn Thị Minh Khai, Q.1

ĐT: 38225340 – 38296764 – 38247225

Fax: 84.8.38222726

Email: tonghop@nxbhcm.com.vn

Website: www.nxbhcm.com.vn / www.sachweb.vn

GPXB số: 1131-2012/CXB/456-123/THTPHCM ngày 24/9/2012.